عالم المعرفة

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت

العلاج السّلوكي للطّفل

أساليبه ونماذج من حالاته

تأليف: د. عبد السّتار إبراهيم
د. عبد العزيز بن عبد الله الدخيل
د. رضوى إبراهيم

١٨٠ ـ جمادى الآخرة ١٤١٤ هـ ـ ديسمبر / كانون أول ١٩٩٣ م

المراسلات:

توجه باسم السيد الأمين العام للمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

فاكس: ٤٨٧٣٦٩٤ ، ص. ب: ٢٣٩٩٦ - الصفاة - الكويت 13100

العلاج السّلوكي للطّفل

أساليبه ونماذج من حالاته

المحتويات

رقم الصفحة

رقم
الصفحة

رقم
الصفحة

قائمة الجداول الواردة

الإهداء

«الفن الحقيقي ليس أن تقول الشيء الصحيح في الموضع الصحيح وحسب، بل وأن تمتنع عن قول الشيء الخطأ في اللحظة الحرجة».

إلى أطفالنا وأنجالهم من بعدهم. .

لعلنا جميعا نثق بقدرتنا على فعل الشيء الصحيح، واجتناب الفعل الخطأ.

مقدمة

إن هدفنا الرئيسي من هذا الكتاب هـو أن نقدم للقارىء العربي ونعرض له صورة من صور التقدم في دراسة مشكلات الطفل وعلاج اضطراباته . وبدافع من خبرتنا ، التي تتخذ جـذورها الرئيسية من الممارسـة العملية للعلاج النفسي ـ السلوكي في العـالم العربي ، فضلا عن قناعتنا النظـرية بأن مشكلات الطفل واضطرابـاته يمكن التحكم فيهـا وتعديلهـا ، بهذين الدافعين تعـاونا في وضع هذا الكتاب وتقديمه للقارىء هـادفين تحرير ذهنه من بعض المفاهيم الخاطئة عن طبيعة مشكلات الطفل وتطورها ومصادرها ومناهج علاجها .

ومشكلات الطفـولة تمتـد في تصورنـا من تلك التي تتـزايد وتشتـد بصورة تتطلب تـدخلا مهنيـا ، أو ربما تقتضي الإقـامـة في إحدى المصحـات أو دور الرعاية ، إلى تلك المشكلات السلوكية التي وإن بدت بسيطة فإنها تثير الإزعاج لـدى الآباء والأمهـات والمهتمين برعـايـة الطفل . ومن ثم نجد أن مشكـلات الطفـولة التي يتعـرض لها هذا الكتـاب تمتد لتشمل مشكـلات مثل التخلف العقلي ، وصعـوبـات التعلم ، واضطـرابات التفكير، واضطـرابـات السلـوك الحادة ، والاكتئاب ، والعدوان المتكرر والعنف ، وصولاً إلى المشكلات البسيطة المتعلقة بسـوء توجيه النفس ، وعـدم ضبط السلوك ، والمخـاوف ، وكل ما من شأنـه أن يعوّق تفاعـلات الطفل الإيجابيـة بالمحيطين به ، أو أن يعـوّق تحقيق نموه الطبيعي أو تحقيق الأهداف التي يرسمها الآخرون له .

ومن ثم فجمهـور هذا الكتـاب يمتد ليشمل الآبـاء والأمهات والمعلمين،

فضلا عن أخصائيي العلاج النفسي وأجهزة التمريض والمشرفين على دور الرعاية ومؤسسات الرعاية النفسية والعقلية. بعبارة أخرى فحيث يوجد اهتمام بالطفل يوجد جمهور يهمه أن يطلّع بتأنٍ وتدبر على هذا الكتاب.

أما الفلسفة النظرية التي أعانت على لقائنا في تأليف هذا الكتاب وجمع مادته فهي الفلسفة نفسها التي تدعو لها تلك النظرية الهامة في دراسة السلوك الإنساني والتي يطلق عليها العلماء اسم نظرية التعلم. هذه النظرية كانت مرشدنا الرئيسي في تحليل مشكلات الطفل، وفي متابعة مصادر هذه المشكلات، وفي التخطيط لعلاجها، وفي تنفيذ خطط العلاج، وفي رسم خطوط التوجيه الرئيسية التي نقدمها في شكل اقتراحات عملية تحكمها طبيعة المشكلة ذاتها.

وتعلّمنا نظرية التعلم أن السلوك الإنساني - سواء كان بسيطا أو معقدا - يخضع - في غالبيته - لعوامل مكتسبة، وأن السلوك الشاذ أو المرضي لذلك يكُتسب نتيجة لأخطاء في التعامل مع الطفل. وتعلمّنا هذه النظرية أيضا أن ما يكتسبه الطفل من أخطاء سلوكية أو اضطرابات يمكن للطفل أن يتوقف عنها أو يُعالج منها إذا ما عدلنا من الشروط التي أدت إلى تكوينها واستمرارها. واتفاقا مع الاتجاه السلوكي فقد تحاشينا في هذا الكتاب شغل القارىء بتفسيرات وراثية، أو بإرجاع مشكلات الطفل إلى غرائز أو صراعات طفلية مبكرة، أو عُقَد نفسية أو غير ذلك من المفاهيم التي لا تصمد كثيرا أمام الممارسة العملية في العلاج. فنحن ركزنا في تحليلنا لأي مشكلة على الشروط التي أحاطت بتكونها وتطورها، وهي الشروط نفسها التي إذا أمكن إزالتها أمكن علاجها.

ونظرتنا التي تبنيناها للعلاج النفسي السلوكي نظرة متعددة المحاور، قوامها

أن التعلم يعتمدعلى محاور متنوعة وجوانب بعضها اجتماعي وبعضها انفعالي، وبعضها الآخر يكون نتيجة لعوامل ذهنية أو معرفية أو قلة في المعلومات والخبرة بأمور الحياة والصحة. ومن ثم، فإن المواجهة العلاجية لأي مشكلة من مشكلات الطفولة يجب أن تعكس في ذهننا هذه الرؤية المتنوعة المحاور أي بأن نعالجها من زواياها المختلفة بدلا من التركيز على زاوية واحدة منها.

وقد راعينا في تقديمنا لهذا الكتاب أن تحقق مادته توازنا بين النظرية والحلول العملية، لأننا حرصنا على أن يكون ــ الكتاب ـ بمثابة مرشد عملي يقوم على توضيح المشكلة وعلى تقديم خطط العلاج بصورة يمكن متابعتها وتنفيذها عمليا خطوة خطوة. إننا ـ بعبارة أخرى ـ لم نركز كثيرا على السؤال لماذا؟ بل ركزنا أكثر على السؤال كيف تكونت المشكلة، وماذا نستطيع أن نفعله حيالها؟.

وحاولنا من هذه الزاوية الأخيرة أن يكون هذا الكتاب للمتخصص ولغير المتخصص. إذ يمكن، بقليل من الجهد والتركيز والتأني في قراءة مادته، لغير المتخصص أن يستمد منه نصائح أو إرشادات عملية فعالة في التعامل مع المشكلات اليومية للطفل. كما يمكن للمتخصصين في الطب النفسي وعلم النفس والخدمة الاجتماعية في الوطن العربي أيضا الاطلاع على أحد الفصول الرئيسية من التقدم في هذا الميدان الذي نعلم أن مصادر الاطلاع والبحث فيه مازالت محدودة في العالم العربي، وأن التجارب فيه والممارسة العملية له شبه منعدمة.

وراعينا، أيضا، نوعا آخر من التوازن في تقديم مادة هذا الكتاب، فبالرغم من اعتمادنا على كثير من المصادر الأجنبية والحالات المدروسة إلا أن بعضا من مادة هذا الكتاب، خصوصا فيما يتعلق بالحالات التي تضمنها، مثَّل

مجهودات محلية لأحدنا (ع. إبراهيم) في ميدان العلاج النفسي السلوكي في الوطن العربي. ولهذا تغلبنا على إحدى الثغرات الرئيسية التي تسود الكتابات العربية في هذا المجال التي وإن كتبت باللغة العربية، إلا أنها ـ للأسف ـ تعتمد اعتمادا كاملا على مادة إنجليزية أو أمريكية بحتة.

وبهذه الرؤى وهذه الأهداف نقدم هذا الكتاب في خمسة أبواب رئيسية تشمل فيما بينها ما يقرب من ثلاثين فصلا تتضافر في تغطية كثير من النقاط النظرية والمهنية والعلاجية المتعلقة بمشكلات الطفل واضطرابات الطفولة. الباب الأول منها يركز على بعض المفاهيم النظرية المتعلقة باستخدامات العلاج السلوكي في علاج مشكلات الطفل. وهو يتكون من أربعة فصول يتعرض الفصل الأول منها لأنواع المشكلات والاضطرابات التي يعانيها الأطفال وكيفية تناولها سلوكيا. أما الفصل الثاني فقد خصصناه لشرح وتعريف العلاج السلوكي، ويتكامل هذا الفصل مع الفصل الثالث الخاص بالعلاج السلوكي متعدد المحاور لكي يقدما لنا معا معالم هذا المنهج العلاجي ومقدار التغيرات الثورية التي أحدثها في حركة العلاج النفسي بشكل عام ولعلاج مشكلات الطفل بشكل خاص. ويجيء الفصل الرابع ليشرح بعض معالم نظريات التعلم التي تمثل ـ كما قلنا ـ الدعامة النظرية الرئيسية لحركة العلاج السلوكي.

ويقدم لنا الباب الثاني ستة فصول عن بعض الأساليب العملية الصالحة لممارسة العلاج السلوكي وضبط سلوك الطفل، ونظرا لأن لكل محور من محاور العلاج السلوكي فنياته وأساليبه العملية الخاصة. فقد خصصنا كل فصل من هذه الفصول الستة لشرح فنيات متعلقة بتدريب وعلاج نواحي القصور والاضطراب في سلوك الطفل بما فيها أساليب التعويد على مصادر الخطر والكف بالنقيض (الفصل الخامس)، واستخدام التدعيم والعقاب (الفصل

السادس)، وتدريب المهارات الاجتماعية (الفصل السابع)، وتعديل أخطاء التفكير والعلاج السلوكي المعرفي (الفصل الثامن)، ودور المؤازرة الوجدانية (الفصل التاسع). ويعطينا الفصل العاشر قائمة متكاملة بأساليب العلاج السلوكي مجتمعة مع تحديد جوانب القوة والضعف في كل منها.

وقد خصصنا الباب الثالث لشرح إجراءات العلاج السلوكي، فوضحنا في الفصل الحادي عشر الخطوات التي يجب اتباعها لتنفيذ ومتابعة الخطة العلاجية. ثم أعطينا نماذج شارحة لبعض الخطط الملائمة لمعالجة بعض المشكلات النوعية التي يجب التنبه لها عند التعامل مع الطفل بما في ذلك خطة للتغلب على المخاوف المدرسية (الفصل الثاني عشر) وخطة لتشجيع الانتباه والتغلب على الإفراط الحركي (الفصل الثالث عشر)، وخطة لتشجيع الاستمرار في التغيرات الإيجابية المصاحبة للعلاج (الفصل الرابع عشر)، وخطة أخرى للتغلب على التبول اللاإرادي (الفصل الخامس عشر).

وقدمنا في الباب الرابع نماذج من بعض الحالات التي تم علاجها محليا باستخدام هذا المنهج متعدد المحاور في العلاج السلوكي وأدمجنا فيه حالات أخرى من معالجين آخرين رأينا أنها قد تفيد الممارس العربي والآباء في التعامل مع مشكلات منتشرة في مجتمعات كثيرة. وقد راعينا أن تمثل هذه الحالات عينة ممثلة للمشكلات الشائعة بين الأطفال، ومن ثم فقد قدمنا في الفصول التي تبدأ بالفصل السادس عشر حتى الفصل الرابع والعشرين حالات مرضية كمشكلات الانتباه (الفصل السادس عشر) والاكتئاب (الفصل السابع عشر)، والشتائم (الفصل الثامن عشر)، وإيقاع الأذى بالنفس (الفصل التاسع عشر) والخجل والعزلة الاجتماعية (الفصل العشرون) وبعض مظاهر التخلف العقلي (الفصل الحادي والعشرون) والخوف والذعر (الفصل الثاني والعشرون)، والتخلف الدراسي (الفصل الثالث والعشرون)، والسلوك

التدميري كما يتمثل في حالة طفل مولع بإشعال النيران (الفصل الرابع والعشرون) وأخيرا قدمنا في (الفصلين الخامس والعشرين والسادس والعشرين) حالة لمراهقة تعاني مشكلة التحكم بالتبول الليلي اللاإرادي، وأخرى لطفل ملحاح وشديد العناد.

ولاعتقادنا بأن كثيرا من مشكلات الطفل قد تكون نتيجة لأنه لم يصل بعد لدرجة ملائمة من النمو والتطور، وأنه لم يكتسب بعد الخبرة التي تمكنه من التغلب على المشكلات التي قد يراها الآباء والمعلمون كذلك بينما هي ضرورة يتطلبها النمو، فقد رأينا أن نفرد الباب الخامس لتوضيح أهم التغيرات السلوكية المصاحبة للنمو في كل مرحلة من مراحل التطور والنمو. إن هدفنا من هذا الباب أن نقدم من خلال فصوله الثلاثة ــ السادس والعشرين والسابع والعشرين والثامن والعشرين ـ مظاهر سلوكية أو مراحل من النمو والتغير في الشخصية قد يراها الآباء المتعجلون، ويراها المعلمون والمشرفون المتسلطون، مشكلات بينما هي في الحقيقة تتلاءم مع النمو والتطور. إن هدف هذا الباب الرئيسي هو أن يمد جمهور القراء والمهتمين بنمو الطفل بالمعلومات العلمية الدقيقة التي تمكنهم من التمييز الدقيق عند التعامل مع الطفل بين جوانب السلوك التي تفترضها طبيعة شخصية الطفل أو نموه وتلك الجوانب الأخرى التي يمكن دمغها بالمرض والاضطراب. ومن هذه الناحية فإن هدف هذا الباب هو شحذ القدرة وتدريبها على التمييز بين ما يجب علاجه وتغييره وذلك الذي يجب على العكس تشجيعه والتعجيل بتنميته حتى وإن بدا للعين غير المتأنية على أنه شكل من الاضطراب.

وفي أي كتاب يتضافر على كتابته أكثر من واحد، فإن الآراء والاهتمامات والاستنتاجات التي يحويها لا يمكن أن تعبر بالضرورة عن وجود اتفاق كامل بينهم. صحيح أن مؤلفي هذا الكتاب يجمعهم معا الاهتمام بالفلسفة العامة

للمـدرسـة السلـوكية في العـلاج النفسي، إلا أن لكل واحـد منهم اتجاهـاتـه العلمية وتاريخه السلـوكي الخاص به. ومن ثم فإن ما يحتويـه هذا الكتاب من آراء واتجاهـات لا يتطابق تمام التطـابق مع جميع عنـاصر النظام الفكـري لكل واحد من مؤلفيه.

ولا يسعنـا في الختام إلا أن نشكـر من أسهم معنـا في إعـداد هذا الكتـاب وطباعته. ونخص بالـذكر مرضانا وطلابنا. كما نشكـر السيدين منصور الدلي وعلي الصالح لتعاونهما في طبـاعة هذا الكتاب والقيام بـالتصحيحات المتعددة له بصبر وأناة.

المؤلفون

أكتوبر ١٩٩٣م

الباب الأول

المسلمات والأسس النظرية

الفصل الأول: اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

الفصل الثاني: ما العلاج السلوكي؟

الفصل الثالث: العلاج السلوكي متعدد المحاور (الموجة الثانية من التطور)

الفصل الرابع: الأسس النظرية للعلاج السلوكي متعدد المحاور

مقدمة الباب الأول

«إن السؤال الرئيسي ليس هـو ماذا نعرف، السـؤال الأهم هو كيف نعـرف وما الـدليل الذي يمكن أن نقدمه لتأكيد تفسيراتنا».

أرسطو

يقول الكاتب الأمريكي «أوليفر هولمز Oliver Holmes» «عندما تتاح للعقل فرص الاطلاع على فكر جـديد، فإن من المستحيل لهذا العقل أن يتقلص بعد ذلك أبدا إلى ما كان عليه من قبل».

وما من مجال يشهد على صدق هذه العبارة أكثر من حركة العلاج السلوكي وما أضافته هذه الحركـة من تطورات جذرية إلى الطب النفسي والعلاج النفسي بشكل عام، ومـا استطاعت أن تقدمـه لدراسة مشكـلات الطفولة وعـلاجها بشكل خاص.

ولقد ظهرت التباشير الأولى لحركة العـلاج السلوكي منذ فترة تتجاوز بقليل ثلاثـة أرباع قرن، لكن إضافـات هذه المدرسة تتلاحق تقـريبا يوما إثـر آخر، بحيث أصبح من المستحيل التغـافل عن تأثيراتها العميقة في الجوانب النظـرية والتقنية والإنسـانية لحركة العلاج النفسي. ولن يمكن للعـلاج النفسي بكل ما يـرتبط به من نتـائج معـاصرة وتقدم مـذهل في ميـادين المؤسسـات العلاجيـة والطب النفسي أن يتراجع إلى ما كان عليه قبل ظهور العلاج السلوكي.

وقد أثـرت هذه المدرسة بتصوراتها الجديـدة ميدان العلاج وسـاعدت على تطويـر مبادىء فعـالة في مجالات تحليل وعلاج اضطـرابات السلـوك الإنساني للبـالغين والأطفـال، مضيفة إلى هـذا المجـال كثيرا من التصـورات والمفـاهيم والأساليب العملية والتطبيقية التي أصبحت الآن جزءا لا ينفصل عنها.

فما العلاج السلوكي بـالتحديد؟ وما الإسهـامات التي يتفرد بها في مجالات اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال؟ وما الأساليب الفنية التي يستخدمها المعالجون السلوكيون في مواجهة مشكـلات الطفل وأمراض الطفولة؟ هذه هي بعض الأسئلة التي يطرحها هذا البـاب ويجيب عنها بشكل خاص من خلال أربعة فصول.

الفصل الأول
اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

مفهوم الطفـولة كما سنستخـدمه هنـا يمتد ليشمل كل الفترة الـزمنية التي تتراوح من فترة الولادة حتى بـداية المراهقة. أما عن مفهوم اضطـرابات الطفل فهـو يشمل كل سلـوك يثير الشكـوى أو التــذمـر لـدى الطفل أو أبـويـه أو المحيطين به في الأسرة أو المؤسسات الاجتماعية والتربـوية ويدفعهم إلى التماس نصيحــة المتخصصين وتـوجيهــاتهم المهنيــة للتخلص من ذلك السلــوك. وسنعـرض في هـذا الكتـاب بعض طـرق العــلاج السلـوكي للطفل، وأنـواع المشكلات التي يعانيها الأطفال ويمكـن الاستفادة من هذه الطرق لتفاديها أو تطـوير الحلـول النـاجعة لها. ولكن علينـا أولا الحديث عن ضرورة مثل هـذه الطرق.

الحاجة لعلاج الطفل:

من الميسـور دائما الحكم على البالغين بـالاضطراب وعـدم النضج عندمـا نلاحظ تقاربا بين ما يصـدر منهم من سلوك وما يصدر عن الطفل. ففي مثل هذه الحالات قد نصف سلـوك البالغين هذا بعدم النضج ونقـرر بأنهم يعانون اختلالا بسبب صفاتهم الطفلية هذه. لكن عنـدما تصدر تصرفات مثل هذه عن طفل فإنها قد تكـون شيئا مقبـولا لتناسبها مع عمـره والمتطلبات الفكـرية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية لمرحلة النمو التي يمر بها. لهذا يحذرنا علماء العـلاج النفسي ـ السلـوكي (E.G.Lazarus, 1971) من الانـدفاع والعجلـة في

وصف طفل معين أو دمغه بالاضطراب. ويترتب على هذا التحذير أنه يجب على المعالج النفسي أن يكون ملما بخصائص مراحل النمو وتطور الطفولة ليميز في سلوك الطفل بين ذلك الذي يحتاج منه إلى التدخل المهني (طبي أو نفسي) بسبب شذوذه وعدم ملاءمته لمتطلبات النمو، وبين ذلك الذي لا يحتاج إلى التدخل العلاجي، بل قد يكون المطلوب منه تشجيعه، بسبب انسجامه مع المتطلبات التي تفترضها ضرورات النمو.

إن كثيرا مما يعتبر اضطرابات سلوكية كالعدوان والحركة الزائدة والتحطيم والبكاء والتبول اللاإرادي واضطرابات النوم، وهي المشكلات التي تسبب عادة إزعاجا للأسرة، قد تعكس لدى كثير من الأطفال خصائص المرحلة الزمنية التي يمرون بها، ومن ثم فإن من غير الملائم وصفها بالشذوذ أو المرض.

وفي المقابل يمكن ـ اعتمادا على البحوث التي تدرس مراحل النمو عند الأطفال في مجتمعات مختلفة ـ أن نقرر أن هناك كثيرا من التصرفات التي تصدر عن الأطفال لا تمثل جزءا من مقتضيات النمو الانفعالية أو العقلية أو الاجتماعية ويصبح بالتالي تشخيصها بأنها شاذة وتتطلب التدخل العلاجي.

وتبين الأبحاث أن هذه التصرفات التي تشخص على أنها شاذة بسبب تفاقمها من حيث الحدة والشيوع تتزايد تزايدا مخيفا. فقد أظهرت دراسة أمريكية (Tuma, 1989) أن نسبة ١١٪ من الأطفال في الولايات المتحدة (أي حوالي ٨ ملايين طفل) يعانون اضطرابات نفسية وعقلية. وتؤكد تلك الدراسة أن هذه النسبة تزيد على ذلك بكثير إذا ما ضممنا لهذه الفئة الأطفال الذين يعانون الاضطراب الذي لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب العلاج، والأطفال الذين يعانون مشكلات التخلف العقلي ومشكلات التعلم.

ولا يوجد في مجتمعاتنا العربية ـ في حدود علمنا ـ احصاءات أو دراسات شاملة تمكننا من تقدير مدى انتشار الاضطراب السلوكي الحاد بين الأطفال. إلا أننا نعتقد أن التغيرات الاجتماعية التي تتعرض لها هذه المجتمعات وانعدام الخدمات النفسية المتخصصة في مجال اضطرابات الطفولة لا تبعث على التفاؤل الشديد. وبناء على تجربة أحد الكتاب (ع. إبراهيم) في إحدى العيادات النفسية في البلاد العربية نجد أن ما يقرب من ٦٥٪ من الحالات التي تفد للعيادة طلبا للخدمة النفسية والطبية هي للأطفال. وتمتد الشكاوى في مثل هذه الحالات لتشمل مشكلات هي ـ كما سنرى فيها بعد ـ في صميم التخصصات النفسية ـ السلوكية. ولهذا فإننا نعتقد أن وجود خدمات نفسية ـ سلوكية أصبح أمرا ضروريا ومطلبا ملحا.

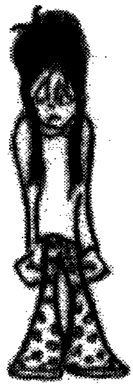
أنواع الاضطرابات التي يعانيها الأطفال:

تتنوع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل. ويمكن معرفة هذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها ثم تصنيفها بالتتبع المنتظم لما يرد من هذه الحالات للمتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات.

وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذي يضعه لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي (DSM. III. R, 1987) لهذه الحالات. فإن من الممكن تصنيف الفئات الرئيسية لاضطرابات الطفولة على النحو التالي:

١ ـ مشكلات متعلقة بالنمو: التخلف العقلي أو الدراسي ـ مشكلات النمو اللغوي ـ صعوبات التعلم.

٢ ـ مشكلات متعلقة باضطراب السلوك: الإفراط الحركي (الحراكية)[1] ـ العدوان ـ تشتت الانتباه ـ التخريب ـ الجنوح ـ



(أ)





(ب)

شكل رقم١ : تتنوع مشكلات واضطرابات الطفل، فبعضها يتعلق بالنمو، كالتخلف العقلي، وبعضها باضطرابات السلوك الاجتماعي والحركة (جـ) والجنوح والعدوان، وبعضها يتعلق باضطرابات الوجدان وذلك مثل اضطرابات القلق كقلق الانفصال (ب) والاكتئاب (أ). وقد كان يعتقد أن الأطفال ليسوا عرضة للإصابة بالاكتئاب أو أن الإصابة به محصورة في الكبار، ولكن الدراسات المعاصرة تثبت أن الأطفال يمكن أن يتعرضوا للاكتئاب بكل أعراضه المتوافرة لدى البالغين بما في ذلك الحزن ونقص الوزن واليأس.



(جـ)

الكـــذب ـ الانحرافات الجنسية.

٣ـ مشكــلات القلق: قلق الانفصــال[٢] ـ القلق الاجتماعي ـ تحاشي أو تجنب[٣] الاحتكاك بالآخرين.

٤ ـ الاضطرابات المرتبطـة بسلوك الأكل والطعـام[٤]: الهزال أو النحافـة المرضية[٥] ـ النهم ـ السمنة[٦] ـ التهام المواد الضارة[٧].

٥ ـ اللوازم الحركية [٨]: نتف الشعر ـ مص الأصابع ـ قضم الأظافر.

٦ ـ اضطرابات الإخراج: التبول اللاإرادي[٩] ـ التغوط[١٠].

٧ ـ اضطرابات الكلام واللغة: التهتهة ـ البكم ـ الحبسة الصوتية.

٨ ـ اضطرابات أخرى: ذهان الطفولة ـ السلوك الاجترازي[١١].

ولا يعني التصنيف على هذا النحو وجود حـدود قاطعة بين هذه الفئات. فهي متداخلة من حيث الوصف والتشخيص، وما هذا التصنيف إلا إجراء له مقتضياتـه لدى المعالجين النفسانيين، وإن كـان ينقصه الكثير من الدقـة عند التطبيق (Mischel, 1968).

اضطرابات نوعية:

إلا أن أحد المطالب الرئيسية للعـلاج السلوكي هو عدم الاكتفاء بتصنيف الاضطـراب أو الأعراض أو الشكـاوى وفق فئـات عـريضة. فـالمطلب الأول للبـدء في أي برنـامج للعـلاج السلوكي للطفل هـو تحديـد السلوك المطلـوب علاجه تحديـدا نوعيا ودقيقا. فـالمعالج السلوكي ـ على سبيل المثـال ـ لا يقبل وصف اضطراب طفل معين بـالعدوان. بل يفضل بـدلا من ذلك الإشارة إلى مظـاهـــر سلـوكية محددة مثل: يستخــدم ألفـاظا قبيحـة ـ يضـــرب اخته ـ يعتدي على أبويـه بالضرب ـ يبصق ـ يخطف الأشياء من أمـام زملائه ـ يحطم


انت قوي في التعبير، أبغاك
تألف لي عبارة تعبر عن مشكلة الفراغ
علشان أكتبها على هالجدار الأملس.

أثاث المنـزل ـ يشعل النيران ـــ وإلى غير ذلك من جوانب السلـوك التي يمكن وصفها عادة بالعدوانية. وعلى المنوال نفسه يفضل المعالج السلوكي استخدام صياغات سلوكية محددة مثل: يخاف من الظلام ـــ يشعر بالسخونة في المدرسة ـ يـرفض الذهاب للمـدرسة ـ لا يستيقظ مبكـرا في أيام الدراسـة. . بدلا من وصف الطفل بأنه يعاني عصاب القلق، أو تنتـابه المخاوف المرضية. ويوضح الجدول رقم(١) بعض الصياغات السلوكية المقبولة من السلوكيين لبعض أنواع الاضطرابات السيكياترية (انظر الجدول رقم ١).

ويحتـاج المعالج السلـوكي إلى أن يـدرب نفسـه جيدا على عمل مثل هـذه الصياغات السلوكية، والفوائد التي يجنيها المعالج من هذه المهارة متعددة فهي تسهل لـه ملاحظـة المشكلة وتقييمهـا وتعينـه على وضع خطة محددة للعـلاج ومتابعتها وتقييم مدى فاعليتها.

وعلى العموم فإن أنواع المشكلات التي يعانيها الأطفال تتنوع وتتعدد بتعدد المظـاهر السلـوكية التي تستثير قلق البـالغين وقلق المعالج على السـواء. ولهذا يبـذل المعالجون السلـوكيـون جهـدا كبيرا في وضع قوائم تحليل سلـوكي نـوعي للاضطرابات السيكياتـرية الشائعة. فعلى سبيل المثال وضع «ولبي» و«لانج» (Wolpe & Lang, 1964) ما يسمى بقائمة مسح المخاوف الاجتماعية[١٢] وهي تتكون من ٧٤ بندا تمثل مخاوف شائعـة بين الأطفال من أشياء مثل: الثعابين، والأمـاكن المظلمـة، والأصوات العـاليـة، والسُّلطة، والاجتماع بـالآخـرين، والتحدث مع الغربـاء. . إلخ. ونستخدم ـ من ناحيتنا ـ في العيـادة السلوكية بكلية الطب بجامعة الملك فيصل قائمة مشكلات الطفل التي تتكون من ٧٥ مشكلة نوعيـة تساعد المعالج على تقييم حدوث كل مشكلـة فيها على مقياس يتراوح من ١ (تنطبق أو تشيع بشـدة في سلـوك الطفل) إلى ٣ (لا تنطبق أو لا تمثل مشكلـة). ويمكن للقارىء أن يتجول في هـذه القائمـة حتى يطلع على بعض أنواع المشكلات التي يعانيها الأطفال (أنظر جدول ٢).

جدول رقم ١
الصياغات السلوكية للمفاهيم السيكياترية *

أنواع المفاهيم	الصياغة السلوكية - النوعية	المفهوم	الصياغة السلوكية - النوعية
مكتئب	يبكي يجلس بمفرده بطيء الحركة يردد عبارات مثل: أشعر بالاكتئاب يرفض الطعام وزنه يتناقص بمقدار . . كذا (. . .) يهدد بالانتحار حاول الانتحار من قبل عدد . . . مرة	اجتماعي	يحب حضور الحفلات يلتقي الغرباء يدعو الأطفال الآخرين يفضل أن يقضي وقته مع الأصحاب يصادق كثيرا من الأطفال يتلقى كثيراً من الدعوات للخروج والحفلات . . . الخ
عدائي	ينتقد الآخرين بشدة يضرب يتعارك يخرب ممتلكات أحد الأشخاص يقاطع الآخرين يهاجم ويمزق يسب ويهين	ذكي	يحصل على درجات أكاديمية عالية يسجل نسبة ذكاء فوق المتوسط يقرأ الكتب المتقدمة عن عمره يتحدث أكثر من لغة يمارس لعبات تحتاج للتفكير كالشطرنج
ذهاني	يضحك من دون سبب يتحدث مع نفسه بصوت عال لا يستجيب للناس ينزع ملابسه علنا يقضي أوقاتا طويلة بمفرده لا يبدو أنه يكترث لما يحدث حوله يتفجر بالغضب دون سبب واضح لغته مفككة يهلوس (يرى أو يسمع أشياء لا يحس بها الآخرون) يلعب بأعضائه التناسلية علنا لا يرعى نفسه	عصابي	يتحاشى لقاء الآخرين يتحاشى الكلام في وسط مجموعة وجهه يشحب يغص أو يبلع ريقه يرطّب شفتيه يتنفس بصعوبة يعرق أطرافه دائما باردة يتهته أو يتغير في الكلام يجزع من بعض الحيوانات بشدة يرتعد عند الذهاب للمدرسة لا يستطيع رد الإهانة

* عن: إبراهيم(عبد الستار)، الدخيل(عبدالعزيز)، إبراهيم(رضوى). ١٩٩٣ مع بعض التصرف.

جدول رقم (٢)

قائمة المشكلات السلوكية

اسم الشخص/ الطفل : ———————— عمره : ———————— تعليمه : ————————

التشخيص الطبي : ———————— المستوي العقلي : ————————

التعليمات : العبارات التالية تعبر عن مشكلات لدى بعض الأطفال . المطلوب قراءة كل عبارة منها وحدد ما إذا كانت تنطبق أو تظهر في سلوك الشخص أعلاه خلال الأسبوع الماضي ، الأجابة تكون بوضع × تحت الرقم المناسب أمام كل عبارة .

١ = تنطبق تماما أو مشكلة قوية ، ٢ = تنطبق على وجه العموم ، ٣ = لا تنطبق أو لا تمثل مشكلة

السلوك	١	٢	٣	السلوك	١	٢	٣	السلوك	١	٢	٣
حزين وغير سعيد				يصيح ويصرخ				يتبول على نفسه بالنهار			
يخجل				يرتمي على الأرض				يتبول على نفسه ليلا			
يقاد بسهولة *				يهدد ويهين				يتبرز على نفسه			
ينعزل عن الآخرين				يضرب ويعتدي				يمص أصابعه			
يبكي				يشتم بألفاظ قبيحة				يعض أو يأكل أظافره			
يخاف من الناس				يخبط الأبواب والنوافذ				ينتف شعره			
يخاف من الظلام				يحطم الأثاث				يأكل القاذورات			
يخاف من الحيوانات				يمزق ويقطع				يلعب بأعضائه التناسلية			
يخاف من أشياء أخرى				يعض				يكشف عن عورته			
يؤذي نفسه باللطم، إلخ . .				يجادل				يلعب جنسيا بطرق بذيئة			
ينام متقطعا				يلح				يهمل واجباته المدرسية			
يستيقظ مفزوعا				يسرق				يهرب من المدرسة			
يكثر من النوم				يكذب				أداؤه المدرسي يتدهور			
يستقيظ مبكرا ولا ينام				يرمي أشياء على الناس				يشكو من آلام بالبطن			
تصيبه كوابيس ليلا				يبصق				يتقيأ			
لا يظهر غضبه				يرفض الانصياع للأوامر				يشكو من الصداع			
يكتم ضيقه				يتعارك				يتعلق بأمه			
لا يدافع عن نفسه				يحب أن يغيظ				يتعلق بأبيه			
تُجرح مشاعره بسهولة				يتفجر بالغضب				يلتصق بالكبار			
يتهته في الكلام				يكثر من الحركة والنطيط				يتعجرف على الأطفال			
يصعب عليه الكلام				لا يستمر في نشاطه				يفزع بسهولة			
يتكلم بطريقة لا تفهم				لا يكترث لما يقال له				ينزع ملابسه علنا			
يخشى الخروج من البيت				يتشتت انتباهه بسرعة				لا يأكل جيدا			
يتحدث مع نفسه				يضحك مع نفسه				وزنه يتناقص			
لا يستجيب للأطفال				لا يستجيب للأقارب				يأكل بشراهة			
لا ينتبه				أشياء أخرى . . إلخ . .							

أي ملاحظات أو مشكلات تحب أن تضيفها . . أضفها هنا . . . .



شكل رقم ٣ : يعتبر الإفراط الحركي والعدوان من أهم الاضطرابات السلوكية
التي تمثل إحدى الشكاوى الرئيسية في العيادات السلوكية.

الخلاصة

تتزايد المشكلات الانفعاليـة والعقلية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال تزايـدا واضحا . . ممـا يستتبع ضرورة وجود اهتمام بتقـديم الخدمـات النفسية والرعاية الملائمة . ويذكر لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي أنواع الاضطرابات التي يعـانيها الأطفـال والتي تحتـاج إلى التـدخل المهني . لكن أحـد أهدافنـا الرئيسية هنا أن نبين أن التصنيفات التقليدية لاضطرابات الطفولة لا تكفي . . ونفضل بـدلا من ذلك تـرجمة المفـاهيـم العـامـة إلى عنـاصر سلـوكيـة يمكن ملاحظتها وتتبعها وتقدير مدى انتشارها في سلوك الطفل . ومن ثم كان هدفنا من هذا الفصل أن نساعـد القارىء على شحذ قدرته ومهارتـه على الصياغات السلـوكية لـلاضطـرابات الشـائعـة بما فيها مفـاهيم كـالعصـاب والذهـان ، والعـدوان . . إلخ . إن الصيـاغـة السلـوكيـة بما تتميـز بـه من تحديـد نـوعي للمشكلة ، تعتبر من الإسهامات البارعة التي قدمتها مدرسة العلاج السلوكي لإثراء علم النفس المرضي تشخيصـا وعلاجا . ومن ثم قـدمنا للقارىء قـائمة المشكـلات السلـوكيـة التي يمكن الاستعـانــة بها لتحـديـد مــدى شيـوع الاضطرابات بين الأطفال قبل الدخـول في أي برنامج علاجي . . حتى يتحدد بالضبط الهدف من العلاج وتقدير مدى التقدم فيه .

الفصل الثاني

ما العلاج السلوكي؟

العلاج السلوكي ببساطة شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية. ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك. ولأن المحاولات الأولى من العلاج السلوكي كانت مرتبطة بظهور نظرية التعلم، فإن فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين ترى أن يقتصر العلاج السلوكي على المبادىء المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العلامة الروسي «بافلوف» L.Pavlov ومن بعده «واطسون» Watson «هل» Hull الأمريكيان.
لكن الشائع الآن بين طوائف المعالجين السلوكيين هو عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم هذه وحدها بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية في علم النفس. ونتفق ـ نحن ـ مع هذا التصور الذي تنعكس صورته في هذا الكتاب. ولهذا فإن مفهوم العلاج السلوكي كما سنستخدمه في هذا السياق علاج متعدد الأوجه ويمتد ليشمل:

أ ـ الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند «بافلوف» و«هل» بشكل خاص.

ب ـ الإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي (التي أرسى أسسها عالم النفس الأمريكي «سكينر» Skinner) والتي امتد تأثيرها إلى

جوانب سلوكية لم تتطرق إليها المدرسة السلوكية التقليدية مثل تعديل البيئة، والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة من وسائل ضبط السلوك.

جـ - أساليب العلاج الذهني أو المعرفي[١] والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير، والتدريب على حل المشكلات، والإلمام التربوي والتعليمي بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد.

د - الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقدوة وتدريب القدرة على الثقة بالنفس والتوكيدية[٢]

ويرى البعض أنه يجب التمييز بين العلاج السلوكي وتعديل السلوك[٣]، فالشائع الآن أن يقتصر مفهوم العلاج السلوكي على الحالات التي تتصف بالاضطراب النفسي والعقلي والمشكلات الانفعالية، بينما يستخدم مفهوم تعديل السلوك للمشكلات المرتبطة بالنمو مثل صعوبات التعلم والتخلف الدراسي والمعوقات الأخرى للنمو، وضبط التصرفات الخاطئة والانحراف الاجتماعي المتمثل في السلوك العدواني والجنوح. بينما يفضل آخرون (Goldfried & Davison, 1977) استخدام مفهوم العلاج السلوكي على أساس أنه أكثر شمولا في مدلوله من مفهوم تعديل السلوك، لأن علاج أي عرض سلوكي يتضمن القيام بتعديل بعض الأنماط الخاطئة من السلوك. إلا أننا سنستخدم المصطلحين بالتبادل كمرادفين للإشارة إلى نفس المعنى متفقين في ذلك مع تيار حديث من المعالجين (Kraisner, 1990).

كذلك يجب أن نميز بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي[٤] (Pichot, 1989). وقد اعتاد الباحثون أن يستخدموا مفهوم العلاج النفسي عند الإشارة

إلى طرق العلاج غير السلوكية مثل العـلاج بالتحليل النفسي والعلاج الإنساني والـوجـودي. لكن الشـائع بين كثير من الأطبـاء النفسيين النظـر إلى العـلاج النفسي بأشكـاله المختلفـة والعـلاج السلـوكي كليهما على أنهما يشكلان تيـارا واحدا مستقـلا في مقابل العـلاج الطبي. ويمكن النظر وفق هـذا التصور إلى العـلاج السلـوكي والعــلاج النفسي على أنهما يشيران بشكل عـام إلى تعـديل الحالات المرضية بوسـائل غير طبية (Pichot, 1989). ولتجنب إربـاك القارىء بشأن هذه التمييزات فإننـا سنستخدم في أحيان كثيرة مصطلح العلاج النفسي ـ السلـوكي ونحن نعني الإشارة إلى العلاج السلـوكي. لكن يجب إلا يستشعر القـارىء من ذلك أن العلاج السلـوكي هـو نفسه العـلاج النفسي، فالعـلاج السلوكي تيار مستقل له مسلماته الخاصة ووسائله المستقلة.

المسلمات الرئيسية التي يتبناها العلاج السلوكي

تتميز نظرة العلاج السلـوكي من غيره من أنواع العلاج النفسي بخصائص فريدة نذكر منها على سبيل المثال ما يأتي:

١ ـ لا يبذل المعالج السلـوكي مجهودا كبيرا ـ عكس زميله في التحليل النفسي ـ في البحث عن تفسيرات لا شعـوريـة للسلـوك، أو في محاولة إرجـاعـه إلى صراعـات طفلية مبكـرة أو غـرائز أو عوامل فسيـولـوجية، إذ إن العـلاج السلـوكي يختلف عن الأسـاليب التقليـديـة الشائعـة في مـدارس العـلاج النفسي السابقة من حيث إنـه يركز اهتماماته على عـلاج الأعراض بصورتها الـراهنـة وبـالشكل الـذي يعـانيهـا المراجع (إبـراهيم ١٩٨٨، الـدخيل ١٩٩٠. ,Kraisner). فالمعالج السلوكي الـذي يهدف ـ مثلا ـ إلى علاج طفل مصاب بالقلق أو الخوف المرضي مـن السلطة المدرسية لا يبحث عن ذكريات الطفولة، ولا يعالج الخوف على أنـه نتاج لعوامل لا شعورية، أو

صراعات أوديبية في المراحل المبكرة من النمو الجنسي، بل إنه يجعل التحرر مـن الخوف هو الهدف الرئيسي الذي يجب أن تتجه له مجهودات العلاج. والمعـالج السلـوكي إذ يجعـل هـدفـه التغيير المبـاشر للمشكلـة ينظـر إلى الاضطرابـات على انها سلوك شـاذ أمكن اكتسابـه بفعل أخطـاء في عملية التعلم.

٢ ـ إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئان ملتحمان، إذ إن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطـاء التـي مـر بها الطفل فجعلتـه يخاف، أو يقلـق. وفي تشخيصـه للمشكلة يهتم المعالج السلوكي برصد الاستجابات أو ردود الأفعال البيئية (من قبل الأسرة أو المحيطين بـالطفل) قبل ظهـور السلوك المشكل وبعـد ظهوره، وهي الأسباب التي يعرف المعـالج أن تعديلها أو تغييرها سيؤدي إلى التخلي عن هـذا السلـوك، ومن ثم التخلص من المشكلـة بـرمتهـا. فالمعالج السلوكي عندمـا يقوم بعملية التشخيص فإنه يبحث عن الشروط التي أحـاطت بعملية التعلم المرضي وهـي الأسباب التي إذا أمكن إزالتهـا تحقق العلاج.

٣ ـ ومن المسلمات الرئيسية التي يتبناهـا المعالج السلوكي والتي تضعه في موقع فريد ومختلف جذريـا عن العلاجات النفسية الأخرى أنه لا يـرى ـ ما يراه المحللون النفسيـون مثلا ـ وجوب إزالـة ما وراء الأعـراض من أمراض أو صراعـات داخلية مفترضـة، لأنـه لا يوجـد في نظـامه العلمي مثل هـذه الافتراضـات، وإن كان يجد أنـه من الحكمـة التناول الجذري للمسببـات البيئية للمشكلة لمنع رجوعها. إذن يرى المعالج السلوكي أن علاج العرض هو علاج للمرض، وأن العلاج الفعـال هو الذي يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح (Eysenck, 1978). وهذا المنطق يختلف بالطبع عن

منطق المرض الجسمي أو عن النمـوذج الطبـي ـــ العضـوي الـذي يُنْظـر بمقتضاه إلى الإصـابة بالصداع مثـلا على أنها عرض قد يخفي وراءه مـرضا آخـر كالأنفلـونـزا، أو سرطان المخ، أو زيـادة نسبـة السكر في الـدم. أو الإجهاد. . أو إلى غير ذلك من أمراض.

٤ ـ وينظر المعالجون السلوكيون بشـك شديد إلى المسلمات التقليدية في العلاج النفسي والتي تـرى أن الأعراض المرضيـة قد تتحـول أو تستبدل بأعـراض أخرى إذا لم تعـالج ما وراءهـا من أمراض. فـالموقف الذي يتبنـاه المعالج السلـوكي بصدد هـذه القضية أن عـلاج مشكلـة كالخوف مثـلا سيجعل الطفل قادرا على مـواجهة مشكلتـه الراهنـة، ومن ثم ستتسع أمامـه آفاق الصحــة والنمـو السليم: إذ سيكتسب ثقــة بنفسـه، وستتغير أفكــاره اللامنطقية عن طبيعـة أعراضه، وستتاح له فرص احتكاك جـديدة كانت مستعصية عليه بسبب مخاوفه. وكل ذلك سيؤدي إلى تغيير شامل وإيجابي في شخصيته. أمـا القول إننـا نحتاج إلى تغيير الشخصيـة وحل صراعاتها قبل أن نعالج مشكلة الخوف، والقول إننا مـا لم نفعل ذلك ـ أي ما لم نبدأ من الشخصية أولا ـ فإن الخوف سيستبدل بخـوف آخر أو مشكلة انفعالية أخرى، فهو قول غير مقبول من وجهة النظر السلوكية ويمثل نقطة خلاف علمية عميقة بين العلاج السلوكي وغيره من أنواع العلاج النفسي.

ولم تكتف السلوكيـة ـ بصدد هـذه النقطة ـ بمناقشـة هذا الخلاف على المستـوى النظـري البحت، بل عملت من خـلال البحوث والـدراسـات المتعـددة، والنماذج العلاجيـة على إثبات أن عـلاج الأعـراض وحدهـا لا يؤدي إلى ظهورهـا في شكل أعراض بديلة. وربما ـــ لهذا السبب ـ نجد أن الموافقة على نشر أي حالة من حـالات العلاج السلوكي في بعض دوريات العلاج السلوكـي تشترط أن يقدم المعالج تقييما لتطور الأعراض ومـا يرتبط

بها من تغيرات سلوكية إضافية سلبيـة أو إيجابية بعد انقطاع العلاج، ومن هذه الناحيـة تدل التقارير المنشورة على أن التخلي عن الأعـراض بعلاجها مبـاشرة وبالطـرق السلوكيـة لا يـؤدي إلى النجاح في إزالـة هذه الأعـراض فحسب، بل تتعمم نتـائجهـا لتحــدث تغيرات إيجابيـة في الشخصيــة والسلوك لم تكن مـوضوعا مبـاشرا للعلاج. فـالنجاح يخلق نجاحـا آخر، واكتسـاب الثقة في عـلاج مشكلة معينـة، سيؤدي إلى مـزيد من الثقـة في اكتساب أشكال إيجابية أخرى من السلوك.

٥ ـ أما من حيث المسلمات النظرية، فإن العلاج السلوكي، ولو أنه يعتمد على الحقائق التجـريبية في علـم النفس الأكـاديمي بمدارسه المختلفـة، إلا أنه يستظل أساسا بعباءة نظريات التعلم. فهـو قد نشأ وتطور كمجموعة من القـواعد الصـالحة للممارسة الأكلينيكيـة. والعلاج النفسي يفضل ظهـور نظريـات التعلم والتشريط ويتبنى في نظـرته للسلوك المرضي نفـس النظرة التي تتبناهـا نظريـة التعلم عند التعـامل مع السلوك. ولهذا ينظـر المعالج السلوكي للأمراض النفسية بصفتهـا استجابات أو عادات شاذة نكتسبها بفعل خبرات خاطئة يمكن أن نتعلم التـوقف عنها، أو أن نستبدلها بتعلـم سلوك أفضل وأنسب. فإذا كنـا قد اكتسبنـا السلوك المرضي بفعل خبرات شاذة، فإننا يمكن أن نكتسب السلوك الصحي من خلال مبادىء التعلم نفسهـا التي أدت إلى اكتسـابنـا السلـوك المرضي (إبـراهيم، ١٩٨٧، الدخيل، ١٩٩٠).

وبالرغم من أن البدايات الأولى للعلاج السلوكي، والتي يعتبرها البعض الثورة الأولى في العلاج النفسي (Drasne, 1990)، جاءت مرتبطة بتطور نظريات المنبه والاستجابة التي كان من روادهـا الأوائل «بافلوف» و«واطسون»، إلا أن هناك تطورات معاصرة في هذه الحركة وسعت من القاعـدة الرئيسية التي ترتكز عليها

مسلماتها. فإسهامات سكينر وأتباعه أثرت العلاج السلوكي ونقلته من عالم السلوكية التقليدي محدود النظرة والكفاءة إلى مستوى أكثر فعالية وشمولا في تفسير وتحليل وعلاج مختلف أنواع السلوك ومستوياته بما في ذلك ما اصطلح على تسميته بالسلوك المعرفي (الدخيل ١٩٩٠).

كما برزت إلى الوجود الآن ما يسميه كرايزنر (Kraisner, 1990) الموجة الثانية[٥] أو الثورة الثانية في حركة العلاج السلوكي. وهذه الموجة بدأت تقريبا في عام ١٩٧٥ وجاءت مصاحبة للتطورات الجديدة في نظريات التعلم التي تمثلت في ظهور نظريات التعلم المعرفي[٦] والتعلم الاجتماعي[٧]. (للمزيد من هذه النظريات انظر بالعربية: إبراهيم، ١٩٨٧). وقد فتحت هذه الإسهامات الجديدة للمعالجين السلوكيين آفاقا وإمكانات جديدة ومتعددة لتغيير السلوك وتطوير نظريات التعلم الكلاسيكية، بحيث أصبحنا ننظر إلى البدايات الأولى للعلاج السلوكي ـ في تجارب واطسون مع الطفل ألبرت (Albert)، أو ماري كوفر جونز (Jones) مع الطفل بيتر (Peter) ـ على أنها تتصف بالتبسيط الشديد إذا ما قارناها بما تتميز به الموجة الثانية من العلاج السلوكي. ولهذا فنحن نفضل أن ننظر لحركة العلاج السلوكي المعاصرة على أنها حركة علاج متعددة الأوجه، ويحسن هنا أن نسلط الضوء على ما يعنيه ذلك بشيء من التفصيل. ومن خلال ذلك سنوضح ما أسهمت به نظريات وأبحاث التعلم الفعال (الإجرائي) والمعرفي والتعلم الاجتماعي من تغيير شامل في العلاج السلوكي.

جدول رقم ٣

قائمة المدعمات

اسم الشخص : ______________________

هذه الأشياء أو الموضوعات من شأنها أن ترضي المشاعر الطيبة . فالمطلوب أن تقرأ كل فقرة منها وأن تحدد قوة تأثيرها فيك أو في الشخص أعلاه . . أضف إلى القائمة ما تشاء .

اجتماعية وشخصية	نشاطات	ممتلكات
١ ـ مساعدة الأم في المطبخ ٢ ـ المدح ٣ ـ اللعب مع الأب ٤ ـ الخروج للنزهة بمفرده ٥ ـ الخروج للنزهة بصحبة الأسرة ٦ ـ الخروج للنزهة بصحبة الأصدقاء ٧ ـ إعطاء وقت للانفراد ٨ ـ الإصغاء والانتباه للشخص ٩ ـ التقريظ العلني وإبداء الإعجاب ١٠ ـ الذهاب إلى حفلة ١١ ـ زيارة أصدقاء ١٢ ـ الانتماء لجماعة رياضية أو نادٍ (اجتماعية وشخصية) ١٣ ـ الكلام (تبادل الحوار) ١٤ ـ إطلاق نكتة ١٥ ـ ألعاب (كرة القدم، سلة، تنس، شطرنج، سباحة، مصارعة) ١٦ ـ التأييد ١٧ ـ الاحتكاك البصري والابتسام ١٨ ـ الذهاب إلى الأسواق (ملابس، لعب سيارات، أدوات كهربائية) ١٩ ـ التصفيق له ٢٠ ـ اللمس والقرب البدني ٢١ ـ المساعدة على عمل شيء ٢٢ ـ تقديم شاي أو قهوة ٢٣ ـ مناقشات ٢٤ ـ اجتماعات عائلية ٢٥ ـ أشياء أخرى	١ ـ الذهاب إلى الملاهي ٢ ـ رسم أو تكوين ٣ ـ خياطة أو تفصيل ٤ ـ قص ولزق ٥ ـ الصيد ٦ ـ السباحة ٧ ـ صلاة جماعية ٨ ـ القيادة ٩ ـ شراء أشياء من السوق أو المخبز ١٠ ـ إطعام صغار الحيوانات ١١ ـ الدخول في مناقشة ١٢ ـ غناء فردي أو جماعي ١٣ ـ مشاهدة تليفزيون ـ نشاطات ١٤ ـ الاستماع لراديو ١٥ ـ القراءة ١٦ ـ التربيت على الكتف أو الظهر ١٧ ـ رحلات ١٨ ـ أعمل مشروبا ١٩ ـ غسيل ٢٠ ـ تنظيف ٢١ ـ تربية حيوانات ٢٢ ـ ركوب دراجة ٢٣ ـ كنس أو تنظيف ٢٤ ـ خياطة ٢٥ ـ نط الحبل	١ ـ ملابس . . . ٢ ـ مجلات . . . ٣ ـ كتب . . . ٤ ـ أدوات . . ٥ ـ أقلام . . ٦ ـ صور للتعليق . . ٧ ـ مشروبات غازية ٨ ـ عصير أو آيس كريم ٩ ـ لبس ١٠ ـ سجائر ١١ ـ شوكلاتة أو حلويات ١٢ ـ قهوة أو شاي ١٣ ـ نقود ـ ممتلكات ١٤ ـ أطعمة للتسلية ١٥ ـ أشرطة تسجيل ١٦ ـ أشرطة فيديو ١٧ ـ ساندوتشات ١٨ ـ أدوات تلوين ١٩ ـ راديو ٢٠ ـ تليفزيون ٢١ ـ كاميرا للتصوير ٢٢ ـ ساعة ٢٣ ـ ستيريو ٢٤ ـ منبه ٢٥ ـ ترتيب الآثاث

الخلاصة

مفهوم العلاج السلوكي ـ كما سنتبناه في هذا الكتاب ـ مفهوم متعدد الأوجه ويمتد ليشمل كل الوسائل الممكنة لتحقيق تغيير مباشر في السلوك المضطرب. ولكي يكون هذا التغيير علاجيا ـ أي فعالا وحاسما ـ فإن العلاج السلوكي يتطلب صياغة الخطط العلاجية وتنفيذها بهدف إحداث تغيير في البيئة المباشرة المحيطة لظهور السلوك المضطرب.. وفي أنماط تفكير الفرد ومهاراته الاجتماعية.

ويهتدي المعالج السلوكي بالحقائق العلمية والتجريبية في العلوم السلوكية وبتركيز خاص على نظريات التعلم التي ترى أن الاستجابة (أو مجموعة الاستجابات) المرضية والشاذة شيء أمكن اكتسابه بفعل خبرات خاطئة. ولهذا نجد أن مناهج العلاج السلوكي ـ على تنوعها وثرائها ـ تتفق فيما بينها على هدف موحد وهو أن ما أمكن اكتسابه يمكن التوقف عنه، أو استبداله بسلوك أو استجابات أخرى. بعبارة أخرى، فإن المعالج السلوكي يطبق القواعد العلمية نفسها في تشجيع الطفل على التوقف عن المشكلة (أو المرض) وتشجيعه على اكتساب سلوك صحي بديل يجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية.

الفصل الثالث

العلاج السلوكي متعدد المحاور

(الموجة الثانية من التطور)

لكي تقوم بعلاج طفل يشكو مثلًا من اضطراب معين كالعجز عن ضبط النزعات العدوانية، فإن المعالج السلوكي الحديث يمكن أن ينظر إلى هذا السلوك العدواني من زوايا مختلفة. فمثلا قد يعبر هذا السلوك العدواني عن.

أ - رغبة الطفل العدواني في الحصول على مزايا أو اهتمامات خاصة.

ب - خبرات سيئة في مواقف مماثلة كان يشعر خلالها الطفل بالتهديد وعدم الطمأنينة والتعدي على حقوقه.

جـ - قصور في المهارات الاجتماعية لهذا الطفل تجعله عاجزا عن حل صراعاته ومشكلاته الاجتماعية بطرق غير عدوانية.

د - تفسيرات سيئة لمقاصد الآخرين وللذات يستنتج من خلالها أنه غير كفء أو أنه ضحية وموضوع للامتهان من قبل الآخرين.

ولعلاج هذا الطفل نجد أن المعالج السلوكي قد يعلمه أساليب بديلة وجديدة تمكنه من الحصول على المزايا التي يريدها بطريق مقبول. كما يمكن

أن يعلمه طرقـا جديدة في التفكير وحل المشكلات، ويمكـن أن يساعده على تغيير تـوقعاتـه القـديمة أو القيم التـي يتبناهـا نحـو بعض الأهداف. أو قـد يخضعه لسلسلـة من التدريبات الاجتماعية المكثفـة حتى تتكون لديـه مهارات اجتماعية تساعده فيما بعد على حل مشكلاته بطريقة أكثر إيجابية.

ويتوافق العـلاج السلوكي متعـدد المحاور من حيث تنـوع أبعاده مع نفس نظرتنا للسلـوك الشاذ والاضطراب. فلأي سلـوك مرضي ـ فيما نعتقد ـ توجد على الأقل محاور رئيسية هي:

١ ـ الموقف أو الحوادث السابقة التي تثيره وتسهم في تشكيلـه وما تنطوي عليه هذه الحوادث أو المواقف من خبرات سيئة أو ألم أو إحباط أو تهديد.

٢ ـ السلوك الظاهـر، أي الأفعـال السلـوكيـة التي يترجم الشخص من خلالها هـذا الاضطراب، كالتهتهـة، أو التبول الـلاإرادي، أو العجز عن الاحتكاك البصري، أو احمرار الوجه، أو شحوبه، أو هروب من المدرسة، أو تجنب لبعض المواقف.

٣ ـ المكونـات الانفعاليـة أو التغيرات العضويـة الداخليـة التي يحدثها هـذا الاضطراب مثل زيادة ضربات القلـب، ازدياد في سرعة التنفس، النشاط الهرموني.. إلخ.

٤ ـ الجـوانب الفكـرية أو المعتقدات الخاطئة التي يتبنـاها الشخص عن نفسه أو عن المواقف التي يمر بها. وينطـوي هذا الجانب على مـا ينتجه التفكير من مبالغات أو تطـرف، أو ما يقوله الشخص لنفسـه من أفكار سلبية أو انهزامية.

٥ ـ ضعف المهـارة في التفاعـل الاجتماعي، أو قصور المهـارات الاجتماعيـة، فالعدوان والخجل، والانزواء وغيرها يمكـن النظر إليها كدلالة على ضعف

المهـارات الاجتماعيـة أو افتقـاد المتطلبـات الإيجابيـة للتفـاعل الاجتماعي السليم والتواصل الموجب بالآخرين.

ولأن هـذه المحـاور السـابقـة تتفق وتتـداخل فيما بينهـا في إبـراز السلـوك المرضي، وتشكله وتعمقه، فإن المواجهة العلاجيـة يجب أن تعكس هذه الرؤية متنوعة المحـاور. ونظرا لأن المحاور الخمسة السـابقة جميعها ـ فيما عـدا المحور الأول الخاص بـالموقف أو الحوادث الخارجيـة ـ يمكن أن تكـون تحت سيطـرة المعالج السلوكي، فإننـا نجد أن من المطالب الحديثة للعلاج السلـوكي توجيه الجهد لمعالجة هذه الجوانب الأربعة (أي السلوك الظاهر ـ الانفعال ـ المكونات الفكرية، والأساليب المعرفية ـ نواحي التفاعل الاجتماعي).

لنتناول ـ كمثال آخر على وجاهة هذه الرؤية ـ طفلا يعاني القلق الاجتماعي الشديد بصـورة تحرمه من التفاعل الجيد مع زمـلائه أو مدرسيه أو أي شخص آخر على درجة مـن الأهمية أو الجاذبية له. إن قلقه في الحقيقـة يترجم نفسه في أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعا في وقـت واحد، فهو يشعر بالخفقان والغصة ويـزداد تنفسه، ويجف لعـابه كـدلالة على الانفعـال. أما مـا نراه من سلوك ظاهري لهذا القلق فقد يظهـر في صعوبات الحديث (التهتهة أو الحبسة الصوتية) أو اللجلجـة في الكلام وشحوب الوجـه والشفتين، وانكسار البصر وخفوت الصـوت. كما قد لا يجد موضـوعات مناسبـة للحديث لتخـرجه من ورطتـه أو تساعـده على استمرار حـواره وتفـاعله كـدلالة على ضعف المهـارة الاجتماعية. وإذا سألته عما كان يفكر فيه خلال هذا الموقف المربك فستجد أنه كان يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع، بـأنه (طفل) عاجز وسيفشل فشلا ذريعا في أن يحول هذا الموقف لصالحه.

ويتطلب العـلاج النـاجح لهذا الطفل أن نوجـه نشاطنا العـلاجي لتعديل كل هـذه المحاور من الاضطـراب. فمن الممكن أن نعلمه أسـاليب جديـدة

لضبـط انفعالاته (من خلال تدريبه على الاسترخاء العضلي مثلا) كمايمكن أن نـدربـه على أسـاليب جـديـدة مـن السلـوك أو نسـاعـده على التخفيف من الأساليب السلـوكية المرضيـة (من خلال تـدريبه على الطلاقـة والتخلص من التهتهة). ويمكن إضافة إلى ذلك أن نساعـده على تعديل طريقة تفكيره نحو نفسـه (التي تتسم عـادة بـالانتقـاص وتـوقع الفشل)، أو طـريقـة تفكيره في الحدث وشيك الـوقـوع والتي تتسم عـادة بإعطـاء ذلك الحدث قيمـة إيجابيـة مفرطة (تعديل في طرق التفكير والقيم). ويمكن أيضا أن نعلمه طرقا جديدة في تبادل الأحـاديث، وخلق موضـوعات للحوار، وتـوجيه الأسئلـة، كهدف من أهـداف تعديـل طرق التعـامل الاجتماعي ومـواجهـة جوانب القصـور في المهارات الاجتماعية.

هذه المحـاور الأربعة السابقـة، التي تشكل في مجموعها العـلاج السلوكي متعدد الأوجه، ترتكز على أربع نظريات رئيسية في التعلم تمثل بدورها الأسس النظرية الرئيسية للعلاج السلوكي.

الخلاصة

يتطلب العلاج السلوكي الناجح أن نوجـه نشاطنا لتعديل السلوك المرضي مباشرة وكل الجوانب المحيطة به بما فيها: الحوادث السابقة والتغيرات العضوية الداخلية والخارجيـة (الانفعالات) والمعتقدات الخاطئة التي يتبنـاها الشخص عن نفسه وعن الموقف الـذي أسهم في تطور الاضطراب، فضـلا عن القصور في المهارات الاجتماعية وأخطاء التفاعل بالآخرين: ويمثل الانتباه لهذه المحاور في عملية العـلاج النفسي تطورا واضحـا في حركـة العلاج السلوكـي سواء من حيث منـاهجه النظـرية، أو أسـاليبـه الفنية، أو في اتسـاع مجالات تطبيقاتـه العـلاجية التي أخـذت تمتد في الـوقت الحالي لتشمل الكثير من الاضطرابـات المعقـدة التي كـان يصعب على المعـالجين السلـوكيين في المراحـل المبكـرة من تطورهم فهمها ومعالجتها.

الفصل الرابع
الأسس النظرية للعلاج السلوكي متعدد المحاور

ترتكز مناهج العلاج السلوكي للطفل ـ كغيرها من المناهج التي تستخدم في علاج مشكلات الراشدين ـ على أربعة محاور تمثل في مجموعها النظريات الرئيسية للتعلم وهي :

أ ـ التعلم الشرطي :

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم أحيانا اسم نظرية المنبه ـ الاستجابة، وهي تتخذ من نظريات «بافلوف» الدعامة الرئيسية لكل ما تحويه من قواعد وقوانين.

وترجع بدايات هذه النظرية إلى دراسات «بافلوف» للفعل المنعكس، التي اكسبته تقديرا واسعا بين العلماء وجعلت منه مؤسس الوجهة السلوكية في علم النفس خصوصا عندما استطاع «واطسون» أن يطوع القوانين العلمية المستمدة من نتائج هذه الدراسات لوصف ظواهر سلوكية عديدة بما في ذلك الأمراض النفسية وعلاجها.

أثبت «بافلوف» في تجاربه أن الكلاب تعلمت أن تستجيب بإفراز اللعاب لمنبهات محايدة كصوت جرس أو رؤية ضوء، إذا ما اقترن تقديم المنبه المحايد بظهور منبه أصلي هو الطعام. واعتمادا على هذه النتائج يمكن القول: إننا

نستجيب ونتصرف نحو كثير من الأشياء المحايـدة إذا ما أصبح ظهورها شرطا من شروط منبهات أخرى تشبع حاجاتنا الرئيسية للطعام والجنس والمكانة، أو تهدد إشباعنا لهذه الحاجـات. إن كثيرا من اضطراباتنا وسماتنـا الشخصية هي استجابات اكتسبناها بهذا الشكل حتـى تحولت إلى عادات مرضية أو صحية ـ وليست نتاجا لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية. فالقلق، والخوف، والتفاؤل والتشاؤم جميعها يمكن تفسيرهـا ـ بالاعتماد على نظريات «بـافلوف» ـ على أنها استجابـات شرطية لمنبهات اكتسبت قـدرتها على إثارة هذه الجوانب السلـوكية بسبب ارتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو الألم أو النفع أو الفائدة.

أما عن العمليات الرئيسية التي يتم من خلالها التعلم الشرطي، فقد نجح «بافلوف» في وضع قائمة منها مازالت تسهم بشكل مثير في تطور حركة العلاج السلوكي. فلكي يحدث التعلم الشرطي لابد أن يحدث اقتران[1] بين حدوث المنبه الشرطي (الجرس مثلا) والمنبه الأصلي (الطعام). أو أن يكون المنبه الأصلي (الطعـام) مسبوقـا بالمنبـه الشرطي بفرق زمني ضئيل حتى لا تحدث مشتتـات أخرى تمنع تكوين الرابطة بين المنبهين.

وعندما نتعلم الاستجابة للمنبه الشرطي يحدث تعميم[2] على كل المنبهات المماثلـة له، فـالطفل الـذي تعلـم أن يستجيب بجزع لمشهـد فأر، سيستجيب بجزع لكل الفئران المماثلة وربما لكل حيوان ذي فراء.

ونتعلـم أن نستجيب لا لمنبـه شرطي واحـد فحسب، بل يمكن أن نتعلـم الاستجابة لسلسلة من المنبهات الشرطية. فإعطاء جرعة من الدواء المر للطفل في المستشفى، ستجعلـه يستجيب في المستقبل بـألم لا لمشهـد الـدواء فحسب (منبه شرطي ١)، بل أيضا لرائحته (منبه شرطي ٢) وللممرضات (منبه شرطي ٣) وللأطباء (منبه شرطي ٤) ولمشهد المستشفى (منبه شرطي ٥). ويطلق على

هذه العملية المستـويات العليا من التشريط[٣] التي يتم من خـلالها استبدال سلسلة من المنبهات الشرطية بمنبه شرطي واحد بحيث إن كل منبه منها يؤدي إلى حدوث الاستجابة الشرطية (الخوف ـ الغثيان).

وما تعلمناه يمكن أن يتـلاشى. ويقدم لنا «بافلـوف» مبدأ الانطفاء[٤] لتصوير هـذه الظاهرة التي تحدث عندما تختفي الرابطـة بين المنبهات الأصلية والمنبهـات الشرطية. فـالطفل الـذي يتكرر ذهـابـه للمدرسـة دون أن تحدث الخبرات المؤلمة السـابقــة التي أدت إلى تشكيل مخاوفـه نحـوهـا في السـابق، ستنطفيء وتتلاشى مخاوفـه تدريجيا. ولكن حـالما تعود تلك الرابطـة بين المنبه الشرطي (المدرسة مثـلا) والمنبه الأصلي (عدوان أحـد الزمـلاء)، فإن المخاوف ستعود من جديد وبقوة. ويحدث أحيانا أن تعود المخاوف تلقائيا بعد انطفائها إذا مرت فترة لم يذهب فيها الطفل إلى المدرسـة ثم عاود الذهاب، ويطلق على هذه العملية الاستعادة التلقائية[٥] (Leuis 1990, Kragher 1990). وسنرى فيما بعد الأسـاليب السلوكيـة التي تطورت بتأثير هـذه النظريـة في مجالات العلاج السلوكي للطفل.

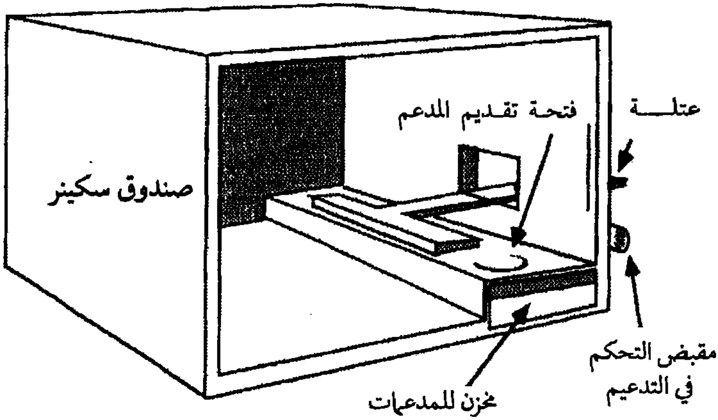
ب ـ التعلم الفعال (الإجرائي)[٦]:

التعلم عنـد «بـافلوف» يتم على نحـو آلي نتيجـة للرابطـة التي تتكـون بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية. لكن التعلـم الفعال (الإجرائي) ـ الذي وضع أسسه المنهجيـة العالم الأمريكي الـراحل «سكينر» (Skinner) ـ يقـوم في مجمله على قاعدة رئيسيـة مؤداها أن السلوك هو حصيلة مـا يؤدي له من نتائج وآثار. ومن هنا يسمى «سكينر» نظريته باسم التشريط الفعال (الإجرائي)[٧] (Skinner) 1953، للإشارة إلى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على مـا يتبع هـذا السلـوك من نتـائج إيجابيـة (كـالتـدعيم أو المكـافأة) أو سلبيـة (العقاب).

ومن المتفق عليه بين علماء العلاج النفسي ـ السلوكي ـ أن كثيرا من جوانب الشذوذ في سلوك الطفل يمكن تفسيرها في ضوء هذه النظرية. فالاستجابة للطفل كلما صرخ وأجهش بالبكاء بالتقاطه وعناقه وتقبيله ستؤدي في غالب الأحوال إلى أن يصبح البكاء أو الصراخ أسلوبا معتادا لهذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة أو إلى إثارة الانتباه. أضف لذلك أن التدعيم الخاطىء، أي الانتباه وإظهار الاهتمام ـ عندما تصدر عن الأطفال مشكلات سلوكية معينة كالسباب والتهجم على الآخرين أو العزوف عن الاتصال ـ ستؤدي إلى تقوية هذه الجوانب المرضية من السلوك وليس إلى اختفائها. ولعل أحد الأسباب الرئيسية في فشل العلاج النفسي التقليدي هو هذا الاهتمام الذي يبديه المعالج والوالدان بالجوانب المرضية كوسيلة للمعالجة. كذلك عندما يستخدم التعلم الفعال (الإجرائي) بطريقة منظمة ويوجه نحو الأنواع الإيجابية من السلوك بدلا من الاهتمام بالجوانب المرضية فقط، فإنه يتحول إلى وسيلة علاجية تساعد على تقوية كثير من الجوانب الصحية في السلوك الإنساني

وتتضمن نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) عددا من المبادىء الرئيسية التي ارتبطت بنمو العلاج السلوكي للطفل من أهمها التدعيم (التعزيز) الإيجابي(٨) والتدعيم (التعزيز) السلبي(٩)، والعقاب(١٠)، والتشكيل(١١).

ولعل من أكثر هذه المبادىء شيوعا مبدأ التدعيم (التعزيز) الإيجابي. وهو يعني أي حدث يأتي بعد السلوك ويؤدي إلى زيادة في حدوثه أو تكراره. ويستخدم هذا المصطلح أحيانا للإشارة إلى مختلف المكافآت أو الحوافز التي نستخدمها لتشجيع ظهور سلوك معين. لكن التدعيم الإيجابي يتعدى هذا النطاق الضيق من الحوافز والمكافآت المادية والطعام (أي ما يسمى بالمدعمات الأولية المباشرة) ليشمل أيضا ما يسمى بالتدعيم الاجتماعي كالمدح والتقريظ والابتسام والتربيت وأي حدث يأتي بعد السلوك ويؤدي إلى زيادة حدته أو تكراره.



الشكل رقم (٤): صندوق سكينر الذي بيَّن من خلال استخدامه أن التدعيم لاستجابة معينة يؤدي إلى تقوية هذه الاستجابة.

أمـا التدغيم السلبي فهـو يعني تدعيم السلـوك بإيقاف أو إبعـاد شيء أو حدث مزعـج. فمثلا إذا توقف شيء أو حدث منفر أو مـزعج نتيجة لحدوث سلوك ما فإن ذلك سيشجع هذا السلوك على التكرار تحت ظروف مماثلة. إذن فإن التدعيم السلبي يتضمن إيقـاف أو ابتعاد منبه منفر أو كريـه حال ظهور السلوك المرغوب فيه. والتدعيم السلبي والإيجابي يتشابهان من حيث إن كليهما يمكن استخدامـه لزيادة شيـوع الجوانب المرغوب فيها في السلـوك، وإن كان لاستخدام التدعيم السلبي محاذير لا يسمح المجال هنا بذكرها.

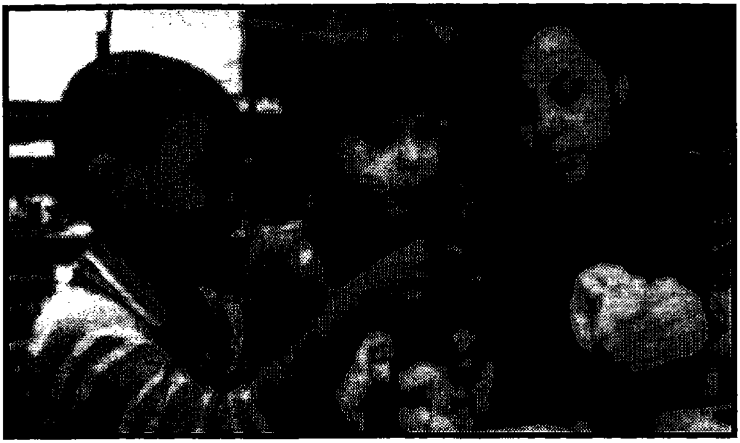
ولكي يكون التدعيم فعالا، أي لكي يـؤدي إلى النتائج المرغوب فيها، فإنه لابد من توافـر شروط منها: أن يكون المدعم محبوبا ومرغـوبا من الكائن، وأن تكون لـه قيمة تحددها مـا يبذله الكـائن من جهد للحصول عليـه، وأن يكون فوريا أي يجب أن يقدم فور ظهور السلوك المرغوب فيه، وأن يكون متقطعا أي أن يقدم أحيـانا ويحجب احيـانا أخـرى، لأن تجارب «سكينر» وغيره تثبت أن السلوك الـذي يُكتسب بفعل التدعيم المتقطع يكـون استمراره، عنـد انقطاع

المدعم (المعزز)، أكثر وأقوى من السلوك الذي يُكتسب بفعل التدعيم المستمر. ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفوري، فقد يكون التدعيم فوريا ومتقطعا في الوقت نفسه.

أما العقاب فهو يعني تقديم منبه مؤلم إثر ظهور سلوك غير مرغوب فيه. فضرب الطفل عندما يهمل في أداء واجباته أو عندما يعتدي بالضرب على أحد أفراد الأسرة يعتبر مثالا شائعا لاستخدام العقاب في تعديل السلوك. ومن أشكال العقاب: الحرمان والجزاءات التي توقع على الكائن إثر ارتكاب خطأ معين. وينظر علماء التعلم من أمثال «سكينر» و«ثورندايك» (Levis, 1991) بشك إلى قيمة العقاب في إضعاف السلوك المرضي، فتأثيره مؤقت، كما أن السلوك المرضي عادة ما يعاود الظهور في مواقف أخرى (إبراهيم ١٩٨٧ .(Levis, 1990,. Milan, 1990

أما التشكيل فيستخدم عندما نريد أن نعلم سلوكا مركبا يصعب القفز إلى تعليمه دفعة واحدة، كتعلم الكتابة أو اللغة. وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب الذي نريد تعليمه إلى خطوات صغيرة وتدعيم إنجاز الخطوات الصغيرة المؤدية إلى الهدف النهائي.

وهناك مبادىء وطرق أخرى لا يتسع المجال لذكرها هنا، لكن الذي لا شك فيه أن حركة العلاج السلوكي امتدت وزادت عمقا وانتشارا بفضل هذه المبادىء والطرق التي طورتها نظرية التعلم الفعال (الإجرائي). وسنرى فيما بعد كيف أمكن التحكم بفاعلية في كثير من الاضطرابات السلوكية بين الأطفال بسبب الطرق العلاجية التي بنيت على هذه المبادىء بما في ذلك الاضطرابات البسيطة كقضم الأظافر، أو التبول اللاإرادي أو حتى الهلاوس، والهواجس، والجريمة.



شكل رقم٥ : عند تدريب الطفل على أداء سلوك مركب (كالكتابة أو اللغة أو أي من العمليات العقلية) يصعب القفز إلى تعليمه إياه دفعة واحدة، لذا يلجأ المعالج السلوكي إلى استخدام طريقة التشكيل. وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب إلى أجزاء صغيرة يدرب الطفل على اكتسابها بالتدرج إلى أن يتمكن من اكتساب السلوك المركب بكامله.

جـ ـ التعلم الاجتماعي :

تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي كما صاغها باندورا (Bandura, 1969) إحدى النظريات المعاصرة التي أثرت في تطور حركة العلاج السلوكي للطفل. ولعل من أهم إسهامات «باندورا» في مجال العلاج السلوكي دراساته وتجاربه على الأطفال التي حاول أن يبين فيها أن كثيرا من الجوانب المرضية من سلوك الأطفال ـ كالعدوان الذي كان من الموضوعات الرئيسية له ـ تتكون بفعل القدوة[١٢] ومشاهدة الآخرين وهم يقومون بها (التعلم الاجتماعي).

وقد بين «باندورا» من خلال دراساته هذه أن عملية التعلم الاجتماعي عملية نشطة وتحتاج إلى شروط تضمن نجاحها منها : إعطاء تعليمات لفظية خلال ملاحظة النموذج، ومنها العمل على إثارة الدوافع والاهتمامات الشخصية للطفل التي تحثه على أن يتعلم بسرعة الأشياء التي تتفق مع هذه

الحاجات. وكذلك يساعد الأداء الفعلي للسلوك على سرعة تعلمه خاصة إن كان يتضمن استجابات مركبة نسبيا. وتزداد القدرة على التعلم الاجتماعي من خلال بعض الشروط العقلية كارتفاع الذكاء، وقدرة الشخص على تنظيم ذاته وبيئته، كما سنرى عند عرضنا فنيات العلاج السلوكي التي اعتمدت على مبادىء التعلم الاجتماعي.

د ـ التعلم المعرفي:

ترى نظريات التعلم المعرفي (Beck, 1960 Ingram & Scott, 1990) أن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشريطية، أو التعلم الاجتماعي، بل وأيضا من خلال التفكير في المواقف، ومن خلال إدراكاتنا وتفسيراتنا للحوادث التي نمر بها.

واتفاقا مع «ميشل» (Miscehel, 1973) و«إنجرام وسكوت» (Ingram & Scott) نشير إلى أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه لها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام.

١ ـ الكفاءة أو القصور المعرفي، أي المهارات والقدرات الخاصة والذكاء. فالشخص الذكي، المرن عقليا، والذي لديه رصيد جيد من المعلومات عن موضوع معين يتعلم بسرعة وبطريقة أفضل من الشخص المتصلب ومحدود المعرفة، والأقل ذكاء.

٢ ـ مفهوم الذات وما نحمله من اعتقادات خاصة عن إمكاناتنا الشخصية وقدراتنا. فالطفل الذي يعتنق مفهوما عن نفسه بأنه أقل كفاءة من غيره أو بأنه غير محبوب، عادة ما سيتبنى جوانب من السلوك المرضي كالقلق والاكتئاب أكثر من الطفل الذي يعتقد أنه محبوب وعلى درجة عالية من الجاذبية والكفاءة.

٣ ـ القيم والاتجاهـات التي نتبناهـا عن المواقف أو الأشخاص الـذين نتفاعل معهـم. فـالطفـل الـذي يعتقـد أن الجاذبيـة الاجتماعيـة وتقبل الأطفـال الآخرين لـه أهم لديه من النجـاح الأكاديمي والإنجاز سيشعر بـالإحباط الشديد أو التعاسة عندما يوضع في موقف يشعر فيه برفض الآخرين له.

٤ ـ التوقعات التي نتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر التي تنتابنـا في هذه المواقف وشدتها، واستمرارها. ويـؤكد «ألبرت إليس» (Ellis, 1962) و«بيك» (Beck, 1976) أن كثيرا من الاضطرابات النفسية والعقليـة تتكـون بفعل توقعـاتنـا غير العقـلانيـة، وغير الواقعيـة خـلال التفاعلات المختلفة مع الآخرين.

هذه هـي النظريات الـرئيسية للتعلم والتـي ساعدت الاتجاه السلـوكي في العلاج النفسي للطفل على النمو والتطور. ولا نريد أن نخلق الانطباع أن هذه النظريات هي كل ما صيغ عن التعلم، فهناك ــ على الأقل ـ نظريتان أخريان هما نظرية «ستامفل» (Stamfle, 1976) عن التشبع بالمنبه(١٣)، والتي أسهمت في تكوين ما يسمى بالعـلاج بالغمر أو الإفاضة(١٤) ونظريـة «آيزنك» (Eyse-nik) التي ركـزت على دور الفـروق المزاجيـة في الاستجـابـات الشرطيـة. لكن المحاولات الإكلينيكية للاستفادة من هاتين النظريتين في مجال علاج مشكلات الطفل مازالت محدودة مما يدفعنا إلى تجنب التعرض لهما في هذا المقام.

تحذيرات وتنبيهات متعلقة باضطرابات الأطفال

يجب بـادىء ذي بدء أن نتحـاشى التسرع والعجلـة في وصف طفل معين بـالقلق أو الاضطراب النفسي. ويتطلـب ذلك أن نميز بـوضـوح بين ما هـو مشكلة تحتـاج إلى العلاج، وما هو شيء أو أسلـوب تفرضه متطلبـات النمو. ومـانعرفـه من اطـلاعاتنـا على علم نفس النمـو أن الفترة من سنتين إلى أربع

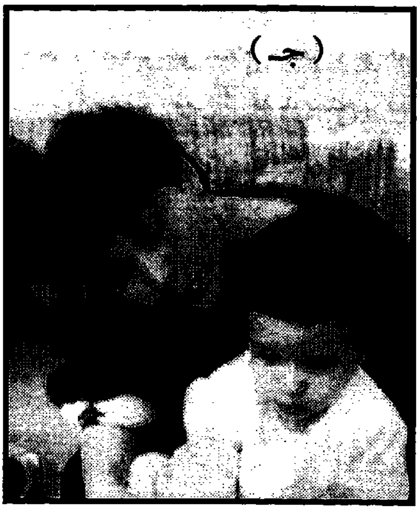
سنوات تعتبر من أشق المراحل في تـربية الطفل، لما يتخللهـا من تصرفات من قبل الطفل تتسم بـالحركـة والنشـاط المفـرط والحرص المفـزع على استكشـاف البيئة. ولهذا يكون من الطبيعـي أن يتسم سلوك الطفل وتصرفاته بمظـاهر قد يفسرهـا الـوالـدان خطأ على أنها تهدف إلى التخـريب والإزعـاج، وقـد تـدفع المتعجل إلى أن يتصـور أن هناك شيئـا مرضيـا لـدى هذا الطفل. إن التـدمير والتخريب والعـدوان والحركة الشديدة في هـذه المراحل هي ـ فحسب ـ نـابعة من تشخيصـات الآباء وانـزعاجهم، ولكنهـا بـالنسبة للطفل تطـور طبيعي، واكتشاف لقوانين الطبيعة وحب الاستطلاع.

فضـلا عن هـذا، فإن غالبيـة مشكـلات الطفل لا تنتج عن الاضطـراب بمقـدار ما تصـدر عن عـدم الخبرة، والجهل، ومن ثم، فإن جهودا كبيرة قـد تبذل في محاولات العلاج واستشارة الخبراء يمكن اختصارهـا بإعطاء معلومات دقيقة ومفصلة عـن كيفية السلوك السليم، أو كيفية أداء النشـاطات المختلفة بكفاءة.

ويـدرك المعـالج الحصيف، أيضا، أن الغـالبيـة العظمى من مشكـلات الأطفال تُكتسب بسبب اخطاء في عملية التعلم نتيجـة أخطاء بيئية. فالطفل الذي يحاكي مـا يلاحظه في أبيـه أو إخوتـه من اندفاع أو عـدوان، أو أصوات عالية وكلمات نابية لا يدري أنه بمحاكـاته تلك يتعلم سلوكا مرضيا أو شاذا. ولهذا تبين البحـوث أن اضطـرابـات الأطفـال تكـون انعكـاسـا لأخطـاء أو اضطرابات في البالغين أنفسهم. والحكمة مـا جرت عادة المعالج النفسي أنه لا يحكم على سلـوك الطفل بمعـزل عن سلـوك المحيطين بـه. وربما لهذا السبب نجـد أن البحوث تكشف عن تـزايـد في مشكلات الأطفـال إذا ما كـان الجو الأسري نفسه مفعما بالمشاكل والصراعات.

وإذا كـان الـواجب يقتضي ألا يتم تشخيص مشكلـة الطفل بمعـزل عن





شكل رقم ٦ : تختلف العلاجات النفسية السلوكية الموجهة للطفل عن مثيلاتها لدى البالغين. فالعلاج السلوكي للبالغين يأخذ عادة شكل المواجهة مع المعالج، ويعتمد على التبادل اللغوي والحوار اللفظي (كما في أ). أما بين الأطفال فإن تركيز العلاج يكون على توجيه الوالدين وتدريبهما (كما في ب)، ويتطلب هذا العلاج مع الطفل الدخول معه في علاقات دافئة والتركيز على الاتصال الوجداني والقرب البدني واللعب (كما في جـ). وبعبارة أخرى فإن العلاج السلوكي للطفل عملية نشطة يسهم فيها المعالج والطفل والأبوان وأفراد العائلة والزملاء، وتحتاج لفهم وتعاون بين جميع هؤلاء.



الظروف الاجتماعيـة والأسرية، فإن مقتضيات العـلاج السلوكي تتطلب ذلك أيضا. ولهذا فإن المعـالج السلوكي يحتـاج إلى تعاون البالغين والمربين والـزملاء أو المشرفين على الطفل، إذ إن العـلاج السلـوكي عمليـة نشطـة يسهم فيهـا المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعا. وهي عملية ممتدة، أي أن تنفيذها لا يقتصر على السـاعة التي يمضيهـا الطفل في العيادة النفسيـة، بل يجب أن تمتد للأسرة أو المدرسة أو كلتيهما معا.

ويجد المعالج السلـوكي في أحيان كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطـريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل، بل قد يتطلب عـلاجا وتعديلا في سلوك البالغين أنفسهم. ومن ثم فقـد يمنح بعض وقته وجهده لـلأسرة محاولا إرشاد أفرادها إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات.

الخلاصة

تعتبر نظـريــات التعلم الشرطي والتعلـم الفعــال (الإجـرائي) والتعلم الاجتماعي، والتعلم المعرفي بمثابـة أهـم النظريات التي اعتمدنـا عليها في هذا الكتاب، والتي ساعدت على تبلور وجهة نظـرنا فيما يسمى بالعلاج السلوكي متعدد المحاور. ولكل نظرية من هذه النظريات الأربع قواعدها المستقلة، ولو أنها مكملة لبعضها البعض. وقد شرحنا في هذا الفصل أهم القواعد والمفاهيم الرئيسية في كل نظرية منها، وأوضحنا أيضا أهم الفنيات والأساليب السلوكية العلاجية المشتقة من كل منها ودورها في تطور حركة العلاج السلوكي، وهو ما سنتناوله بالتفصيل في الباب التالي.

هوامش الباب الأول

الفصل الأول

١ـ Hyperactivity

٢ـ Seperation anxiety

٣ـ Avoidance disorders

٤ـ Eating disorders

٥ـ Anorexia Nervosa

٦ـ Obesity

٧ـ Pica

٨ـ Tica

٩ـ Enuresis

١٠ـ Encoprusis

١١ـ Autism

١٢ـ Fear survey schedule

الفصل الثاني

١ـ Cognitive therapy

٢ـ Assertiveness

٣ـ Behavior modification

٤ـ Psychotherapy

٥ـ Second wave

٦ـ Cognitive learning

٧ـ Social learning

الفصل الرابع

١- Association Conditioning

٢- Generalization

٣- Higher Order Conditioning

٤- Extinction

٥- Spontaneous Recovery

٦- Operant Learning

٧- Operant Conditioning

٨- Positive Reinforcement

٩- Negative Reinforcement

١٠- Punishment

١١- Shaping

١٢- Modeling

١٣- Stimulus Satiation

١٤- Implosive or Flooding therapy

الباب الثاني
الأساليب والفنيات

الفصل الخامس: أساليب التعويد والكف بالنقيض وأساليب الاسترخاء

الفصل السادس: التدعيم والعقاب والتجاهل

الفصل السابع : تدريب المهارات الاجتماعية للطفل

الفصل الثامن: تعديل أخطاء التفكير

الفصل التاسع : المساندة الوجدانية مع الطفل «منهج التعليم الملطف»

الفصل العاشر : مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية

مقدمة الباب الثاني

« طوبى للإنسان الذي عندما لا يجد مايقوله، يمتنع عن إعطاء الدليل بالأقوال ».

جورج إليوت

تتضمن تطبيقات العلاج السلوكي في ميدان الطفولة نفس أساليب العلاج السلوكي للبالغين مع بعض الاختلافات التي تتطلبها طبيعة تكوّن المشكلات النفسية لدى الطفل. ورغم أن ما أمكن توظيفه من هذه الأساليب في ميدان علاج مشكلات الأطفال لايزال محدودا للغاية، فإن ما أمكن توظيفه منها في هذا الميدان يؤدي إلى تغيرات علاجية واضحة، فيما سنرى في الفصول التالية.

الفصل الخامس

أساليب التعـويد[1] والكـف بالنقيض [2] وأساليب الاسترخاء

جاءت البدايات الأولى لاستخدام التعويد والكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضية الشديدة (الرهاب)[3]، وهي تلك الاضطرابات التي تظهر لدى مجموعات كبيرة من المرضى من الكبار والأطفال وتأخذ شكل انزعاج شديد عند التعرض لمواقف ليست بطبيعتها شديدة التهديد، ولا تمثل عند التعرض لها خطرا مباشرا على الشخص. ومن أكثر أنواع هذه المخاوف الخوف من بعض الحيوانات، أو الظلام، أو الوحدة. وتزداد خطورة هذا الاضطراب عندما يرتبط الخوف بموضوعات أو مواقف حيوية ضرورية لتطور الطفل ونموه وذلك كالمخاوف التي تصيب الأطفال من المدارس[4] أو المخاوف الاجتماعية كالخجل الشديد.

وتدور الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق) تدريجيا من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به.

وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا المبدأ على يد «ماري كوفر جونز» M. C. Jones تلميذة «واطسن» (الدخيل، ١٩٩١) لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات. لقد كان

الطفـــل «بيتر» Peter ـ وهو الطفـل الذي قامت جونـز بعلاجه ـ يعـاني خوفا مرضيا شديدا عندما كان يشاهـد الأرانب أو الحيوانات الفرائية المشابهة بطريقة عوّقت تطـوره، وأقضت مضجعه بأحلام مـزعجة. لقد تمكنت جـونز في فترة قصيرة من إزالة مخاوف هذا الطفل، وذلك بتعريضـه لمصدر الخوف تدريجيا، بإظهار الحيوان على مسافة بعيدة، ثم تقريبه تدريجيا، في الوقت الذي كان فيه بيتر يأكل طعامه، ويُشجع بالربت والابتسام على المواجهة.

ومازال هـذا المنهج التدريجي في حـالات الخوف والقلق لدى الأطفـال من المناهج االأثيرة لدى المعالجين النفسيين للطفل حتى الآن.

وفي فترة حديثـة نسبيا نشر الطبيب النفسي السلوكي ـ المعـروف «جوزيف ولبي» (Joseph Wolpe 1985) كتابه الشهير بعنوان العلاج بالكف المتبادل، وفيه أثبت أن مـايقرب من ٩٠٪ من حالات الخوف والقلق التي قام بعـلاجها (نحو ٢٠٠ حالة) أمكن شفاؤها بـاستخدام هذا المبدأ، وقد استوحى «ولبي» الفكرة الـرئيسية لهذا المبدأ من القـاعدة نفسها التي استخـدمتها قبله «جـونز» بثلاثين عاما. ويلخص لنا ولبي طريقته على النحو الآتي:

«إذا نجحنا في استثارة استجـابة ما معارضة للقلق عند ظهـور الموضوعات المثيرة له، فإن من شأن هـذه الاستجابات المعـارضة أن تؤدي إلى تـوقف كامل للقلق أو تـؤدي على الأقل لكف أو تـوقف جـزئي لـه، إلى أن يبـدأ القلق في التناقص ثم في الاختفاء التام بعد ذلك (Wolpe ١٩٥٨).

ويتطلب استخدام هذا الأسلوب لدى الطفل عددا من الشروط منها:

١ ـ أن نكون قادرين على معرفة الاستجابات المعارضة للقلق التي إذا أحضرت عنـد ظهـور الموقف المهـدد زاحمت القلـق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعدته. وقد رأينا أن جونز استخدمت الطعام، فقد كانت تظهر الحيوان

المخيف بينما بيتر يأكل طعامه المرغوب فيه. وقد تكون الاستجابة المعارضة للقلق هي حضور الآخرين، وعناقهم للطفل وتشجيعهم ومدحهم له. ولهذا يفضل بعض المعالجين أن يكون الطفل في صحبة شخص يبعث على طمأنينته وراحته عند تعريضه للمواقف المثيرة للخوف. أما بالنسبة للأطفال الأكبر سنا فمن الممكن تدريبهم على الاسترخاء(٥) في جلسات مستقلة، ثم يشجع على استحضار هذا الاسترخاء عند ظهور المواقف المهددة (للمزيد من الاسترخاء وأساليب ممارسته والتدريب عليه انظر إبراهيم، ١٩٨٣، إبراهيم ١٩٨٧).

٢ ـ تقسيم الموقف أو الموضوعات المثيرة للاضطراب إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة بحيث نبدأ بأقلها إثارة لمخاوف الطفل. ويأخذ هذا التدريج في بعض الحالات شكل التقليل التدريجي من المسافة التي تحول بين الطفل وبين موضوع الاضطراب كما كانت تفعل جونز عندما كانت تظهر الأرنب في البداية من مسافة بعيدة جدا لا تثير مخاوف الطفل.

ويمكن تدريج التعرض للموقف زمنيا، أي من خلال التشجيع على التعرض للموقف المهدد لفترات زمنية قصيرة تطول تدريجيا. وكمثال على هذا ما استخدمه مجموعة من المعالجين السلوكيين المعاصرين في علاج المخاوف المرضية من الظلام (King,Cranstoun, & Josephs, ١٩٨٩) لدى طفل في السادسة من عمره، أصابه خوف شديد من الظلام إثر مشاهدته أحد الأفلام السينمائية المعروفة عن الكائنات الفضائية (Aliens)، لقد تحكم الخوف من الظلام بهذا الطفل لدرجة جعلته يرفض أن يبقى بمفرده في حجرته، وبصورة أعجزته عن الذهاب للحمام بالليل. وقد انتهى به الأمر إلى أنه كان يرفض أن يغادر أمه أثناء النوم في حجرتها مما

أربك نظام الأسرة وعـلاقاتها. وقد ابتكـر المعالجون طـريقة تدريجيـة زمنية لاحتمال الظـلام يطلب فيها من الأسرة أن تقـوم بممارستهـا مع الطفل كل أمسية وأثناء الليل وقبل حلول موعد النوم وفق مايأتي:

«نريـدك أن تذهب الآن إلى حجـرتك، وأن تجلس هناك، أو أن تـرقد على سريـرك. سنطفـىء الضـوء في حجـرتـك ونـريـــدك أن تحاول قـدر استطـاعتك أن تظل في الحجـرة أطـول مدة ممكنـة. إذا شعـرت بـالخوف الشـديـد لا تحاول أن تشعل الضـوء، لكن ببساطـة افتح بـاب حجـرتك واخرج إلينا. يمكنك بالطبع أن تترك حجرتك وتغادرها في أي وقت تشعر فيـه بـالخوف، ولكن أريدك أن تتشجـع على البقاء في الحجـرة أطـول فترة ممكنة دون ضـوء. سنكون بـالخارج نرجـو أيضا ألا تصرخ أو تنـادي على أحـد، مـــاعليك إذا شعـرت بـــالخوف إلا أن تفتح البـــاب وتخرج إلينـا بأمان».

إن هذا الأسلوب الذي أثبت نجاحـه في علاج هذه المخاوف يقوم على زيادة فترة التعرض للموضوع المخيف حتى تتحيد مشاعر الطفل نحوه.

٣ ـ ويتم تعريض الطفل للمـواقف المخيفة تدريجيا إما بطـريق التخيل عندما يكـون الخوف شـديدا أو مـن خلال التعـريض المبـاشر(٦) إذا كـان ذلك ممكنا، وبعد أن نتأكد من قدرة الطفـل على مواجهة مواقف الخوف بطريق التخيل أولا.

خـذ على سبيل المثـــال حـالـة طفل عـانى من الخوف الشـــديـد من المستشفيات وسيارات الإسعاف لدرجة أن كان يغمى عليه إذا مرت بجواره سيارة إسعـاف أو إذا سمع صوتها. وكـان من نتيجة ذلـك أن الخوف كان يمنعـه من الـذهـاب للمستشفى أو العيادة للعـلاج إذا مـا تطلب الأمـر

ذلك. لقد بدأ المعالج (Lazarus, ١٩٧١) بتدريبه أولا على الاسترخاء في ثلاث أو أربع جلسات. ووضع المعالج بالتعاون مع الطفل تدريجا لمخاوفه بدءا من رؤية سيارة إسعاف من مسافة بعيدة، أو مصورة على شاشة تليفزيون وحتى رؤية أو تخيل عنبر جراحة في المستشفى. لقد أمكن بعد مرور ثلاثة أيام فقط من جلسات التعرض التدريجي أن يمشي الطفل على مقربة من سيارة إسعاف في موقف للسيارات مع تشجيعه على النظر بداخلها بعد فتح أبوابها الخلفية. وبعد عشر جلسات أجمعت كل الملاحظات وتقارير الوالدين على تحسنه، وأنه أصبح بإمكانه القيام بزيارة المستشفى وركوب سيارة الإسعاف، وبتتبعه بعد ذلك لمدة ثلاثة شهور لم يكن هناك مايشير إلى انتكاس في الإنجازات العلاجية. وعموما فإن التعرض التدريجي للمواقف بطريق التخيل ثم التعرض المباشر لها من الأساليب التي أثبتت نجاحها في علاج مشكلات الخوف لدى الأطفال، وهناك تقارير متعددة ـ لا يتسع المجال هنا للإشارة إليها لكثرتها ـ تثبت نجاح هذا المنهج في التخلص من حالات الخوف الشديد من الحيوانات والظلام والسفر والسيارات والضوضاء، والخوف المرضي من المدارس وزيارة الأطباء والتعامل مع المدرسين والغرباء.

الاسترخاء العضلي(٧):

عادة مايستخدم أسلوب الاسترخاء إما كأسلوب علاجي مستقل، أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلى خلق استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة. ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهة فسيولوجية معروفة، فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ماتكون تعبيرا عن وجود توترات عضوية وعضلية ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية، فتتوتر العضلات

الخارجية لتتكـون حركات لا إرادية مثل اللوازم[٨] القهـريـة في الفم والعينين والابتسامات غير الملائمة، وتتوتر أيضا أعضاؤه الداخلية فتزداد دقات القلب وتعنف، ويتعطل نشاط بعض غـدده كالغدد اللعابية فيجـف ريقه، ويسوء هضمـه بسبب التقلصات التي يحدثهـا الخوف في معـدته . . ولهذا استخـدم «جاكبسون» ومن بعده علماء العلاج السلوكي طريقة الاسترخاء التصاعدي[٩] الذي يطلب خـلاله من المريض أن يجلس في وضع مريح وأن يـركز بصره على نقطة لامعة ثم إنه يبدأ بتوجيه من المعالج بإرخاء أعضاء جسمه عضوا عضوا، بأن يطلب منـه في البـدايـة أن يغلق راحتي اليـدين بكل قـوة وإحكـام، وأن يلاحظ التوترات والانقباضات التي تحدث في مقدمة الذراع (كمقياس للتوتر) ثم يطلب منه فتحهما بعد ثـوان معدودة واضعا إياهما في مكان مـريح ملاحظا مـايحدث في عضلات مقـدمة الـذراعين من استرخاء وراحـة عامـة في الجسم كله. وهكذا ينتقل المعالج بالطفل إلى مختلف أعضاء جسمه بدءا من القدمين ومرورا بالساقين والفخذين، وعضلات البطـن والصدر والوجه والفم والرقبة - تـوتـرا ثم إرخـاء. حتى يصـل الطفل في خـلال ثـلاث أو أربع جلسـات إلى التحكم الكـامل، واكتساب القـدرة على الاسترخاء (للمـزيد ولـلاطلاع على الإجراءات العلاجية للاسترخاء وبعض التمارين المستخدمـة لذلك انظـر: (إبراهيم، ١٩٨٣، إبراهيم ١٩٨٧ Lazarus, 1971، Benson et al. 1974).

وفي تقـريـر حـديث (Peterson and Harbeck, 1990 . p. 745) عـن استخدامات الاسترخاء بين الأطفال تبين أنه شديد الفاعلية في علاج المخاوف المرضية والتخفف من الاضطرابات السيكوسوماتية والسيكوفيزيولوجية، وعلى سبيل المثـال استخدم أنـدرسون (Anderson, 1975) بنجـاح ثلاث جلسـات استرخاء (كل منها استغـرق ساعة) مع طفل كان يعـاني الأرق. كذلك أمكن استخدام الاسترخاء بنجاح في علاج الاضطرابات المرتبطة بالتنفس مثل الربو.



شكل رقم ٧: من شأن الاسترخاء العضلي وحده أن يؤدي إلى التخفيف من القلق والتوتر عند مواجهة المواقف المهددة. ويمكن التدريب على الاسترخاء في العيادات السلوكية بطريقة منظمة، كما يمكن للشخص أن يمارسه بنفسه باستخدام أجهزة التسجيل السمعي.

وتزداد فاعلية الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوي والعضلي جزءا رئيسيا من مشكلات الطفل النفسية. ولهذا تزداد فاعليته في حالات القلق والمخاوف المرضية ـ أكثر مثلا من حالات الاكتئاب ـ بسبب النشاط الاستثاري المصاحب لها. كذلك يبدو أن نجاح الاسترخاء في علاج حالات الربو وتحمل الألم ومشكلات علاج الأسنان يرجع إلى نفس هذا السبب وهو بروز الجانب العضوي كجانب رئيسي من جوانب التعبير عن الاضطراب النفسي. أما عندما يكون الاضطراب النفسي غير مصحوب بذلك فإن من الأفضل الاعتماد على الأساليب العلاجية الأخرى التي سيأتي تفصيلها (Peterson and Harbeck, 1990).

ويرتهن نجاح الاسترخاء بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك (أي بعد ٨ سنوات تقريبا) وألا يكون متخلفا، وأن تكون اضطراباته غير مرتبطة بمكاسب ثانوية يجنيها منها.

الخلاصة

التعويد والكف بالنقيض طريقتان من العلاج يتم بمقتضاهما إزالة السلوك المرضي (خاصة الخوف والقلق) من خلال التعرض التدريجي للمواقف المرتبطة بظهوره. . مـع استبدال السلـوك المرضي بسلوك آخر معـارض ومناقـض له. ويتطلب استخدام هـذا السلوك التعـرف على المصادر المرتبطـة بظهور الخوف والقلق، وأن نرتبها حسب درجة شـدتها بحيث نبدأ بأقلها إثارة للقلق وننتهي بأكثـرها تأثيرا في إحـداثه. ثـم يمكن بعد ذلك تعـريض الطفل لهذه المواقف تدريجيا بطريق التخيل أو التعرض الفعلي. ويساند استخدام هاتين الطريقتين أسلـوب آخر هـو الاسترخاء العضلي التصـاعـدي، وهو أسلـوب حديث لـه شروط وقواعـد يتعرض لها هـذا الفصل بالتفصيـل، ويرتهن نجـاح الاسترخاء كطريقـة علاجية لمشكـلات الخوف والقلق عند الأطفال بعـدة شروط منها أن يكـون الطفل في عمر يسمح لـه بالتـدريب على ذلك، وأن يكون على درجـة عاديـة من الذكـاء، وأن تكون اضطـراباتـه وجوانب القلق لـديه غير مـرتبطة بمكاسب ثانوية، أو الحصول على انتباه سلبي من خلالها.

الفصل السادس

التدعيم والعقاب والتجاهل

«غســـان»[1] طفل في الشـالثة عشرة من العمـر، كان يتردد على العيـادة الخارجية بقسم الطب النفسي في أحد المستشفيـات الجامعية، لسنوات بسبب الإفراط في الحركـة، وبسؤال الوالـدين تبين أن«غسان» كان يعـاني مشكلات أخرى من بينهـا التبول اللا إرادي و إهمال الواجبـات المدرسية، والاعتداء على الأم بالضرب، وعدم الاستجابة للتعليمات أو للتهـديدات المختلفة التي كانت تبـذل بسخاء لمنعـه من التبول على نفسـه. وبسـؤال الوالـدين تبين أن إخوتـه الكبار ووالـديه جميعهم كـانوا قـد عزفوا عن التعـاون معه، ونفـروا منه وكـانوا يفضلـون مـواجهته بـالعقـاب والضرب إذا مـا تبول، أو إذا اعتـدى على أمـه بالضرب. أما في المدرسة فقد كان تخلفه واضحا، فقد رسب لعامين متتاليين، وكـان هنـاك تهديد بفصله تماشيـا مع الأنظمة، وكـان من رأي المدرسة أن من الأفضل لـــ «غسـان» أن يحول إلى التعليم الخاص في إحـدى مـدارس التربيـة الفكرية.

أما عن العلاج الطبي، فقد كان غسان موضوعا تحت إشراف طبيبة نفسية كانـت تعطيه بانتظام عقاقير «الريتالين» للتحكم في الإفراط الحركي، ورغم أنه أمكن التحكم بـالإفــراط الحركي فإن مـا كـان يعطى لـــه من أدويـة أخـرى «كالتـوفرانيل» Tofranil للتحكم في التبول اللا إرادي لم يعط نتيجة حاسمة، فقد كان «غسان» يعاود التبول اللا إرادي كلما توقف الدواء.

عندما حول «غسان» إلينا (ع. إبراهيم)، لم يكن هناك مايدل على العدوان، بل على العكس كان غسان نحيف البنية، يبدو عليه الإنهاك وكانت تبدو على وجهه الحيرة وعدم الاكتراث. كما أن نسبة ذكائه باستخدام اختباري «رافين» للمصفوفات(٢) واختبار رسم الشخص(٣) وصلت إلى ٨٥، أي في فئة أقل من المتوسط بقليل. لقد كان واضحا أن معايير التخلف العقلي لا تنطبق عليه، وأن مشكلاته الانفعالية والسلوكية والعقلية بما فيها التخلف الدراسي كانت ــ فيما يبدو ــ عرضا من أعراض الاضطراب وليست بسبب التخلف العقلي.

من خلال جلسات التشخيص مع الأم والطفل وبعض أفراد الأسرة تبينت لنا الحقائق الآتية:

١ ـ أن المشكلات التي يعاني منها «غسان» وتعاني منها الأسرة متعددة وأن البدء بها مجتمعة أمر غير واقعي، وأنه لابد لهذا أن نختار من بين هذه المشاكل مشكلة واحدة تكون محورا رئيسيا للعلاج بحيث يؤدي النجاح في التحكم فيها إلى تغيرات إيجابية تشجع غسان على التغير وتشجع أسرته على التعاون معه.

٢ ــ كان من الواضح أن الأسرة لا توليه اهتمامها، ولكنهم كانوا جميعا ينزعجون من تصرفاته المضطربة ويعبرون عن ذلك بضربه.

٣ ـ أن الأسرة تشعر تقريبا بفشلها في تقويم سلوكه، وكان من نتيجة هذا الفشل أن عزفوا جميعا عن التعاون معه لحل مشكلاته.

وبالتعاون والحوار مع الأم اتفق المعالج مع الأسرة على أن يكون موضوع العلاج هو التبول اللا إرادي كسلوك محوري. فلقد شعرنا أن توقف غسان عن التبول اللا إرادي سيشعره بالنجاح والثقة بنفسه، وسيمكن الأسرة في الوقت

نفسه من أن تشعر بذلك، وأن تغير من أنماط اتصالها بالطفل بحيث لا يصبح الضرب أو التأديب هو النمط الرئيسي في العلاقات الاجتماعية والأسرية بالطفل. أما عن عدوان الطفل على أمه فقد كان تخميننا أنه راجع إلى أنها لم تكن تحميه من الضرب والتأديب الذي يأتيه من إخوته، بل قد تبين أنها كانت تطلب بنفسها من أحد إخوته الكبار في كثير من المرات أن يقوم بتهذيبه وتقويمه.

أما الخطوة الثانية لذلك فقد تمحورت حول تحديد كيفية الاستجابة الأسرية للطفل بشكل عام، واستجاباتها له عندما يصدر منه السلوك المحوري (التبول اللا إرادي) وركزت خطة العلاج لذلك على النقاط التالية:

١ ـ أن تقوم الأم بتكوين رابطة وجدانية Bond مع غسان بحيث تقوم بالدفاع عنه أو حمايته إذا ماقام أحد بضربه، وأن تعمل ـ ويعمل بقية أفراد الأسرة ـ على مبادلته الحديث وسؤاله عن أحواله بشكل عام كل ساعة يوميا وذلك لتوطيد هذه الرابطة الوجدانية بالأسرة.

٢ ـ طلبنا من الأم أن تشتري بعض الهدايا البسيطة (حلوى، أوراق تلوين، أقلام تلوين، مشروبات) وأن تحتفظ بهذه الأشياء في مكان أمين غير متاح لأحد من أفراد الأسرة بمن فيهم غسان.

٣ ـ أن تطلب من غسان أن يذهب للحمام للتبول كل ساعتين، وإذا نجح في ذلك تعطي له مباشرة إحدى قطع الحلوى مع تقريظه على نجاحه في ذلك.

٤ ـ إذا تبول غسان على نفسه، طلبنا من الأم والأسرة أن يتجاهلوا التعليق على ذلك بالمرة، فالمطلوب فقط هو مكافأته على عدم التبول على نفسه وليس معاقبته على التبول على نفسه، والمطلوب في هذه الحالة أن يقوم غسان

بوضع ملابسه المتسخة في الحمام أو الغسالة تهيئة لغسلها .

٥ ـ بعد مرور أسبوع على استخدام أسلوب المكافأة الفورية طلبنا من الأسرة أن تكتفي بوضع نجمة زرقاء لكل مرة يذهب فيها غسان للحمام للتبول ونجمة خضراء عندما يمر اليوم كله دون تبول وذلك باستخدام جدول (٤) .

جدول ٤ التدعيم الرمزي

الاسم :............ التاريخ :...... السلوك :............

السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

النجمة الزرقاء معناها يذهب للحمام، وتساوي خمس نقاط
النجمة ذات اللون الأخضر معناها مر اليوم دون تبول، وتساوي ٢٠ نقطة

٦ ـ تحول النجوم في نهاية اليوم إما إلى تدعيم مباشر بإعطاء كل نجمة أحد المدعمات المتوافرة . أو توفير هذه النجوم لاستخدامها في الحصول على شيء أكبر أو شرائه . وبموجب هذا الترتيب كان على الأب أن يعرض على غسان في نهاية اليوم الخروج لمبادلتها بأشياء يشتريها في مقابل ما وفر من نقاط ، أو في نهاية الأسبوع إذا ما رغب غسان في توفير نقاط أكثر.

٧ ـ فيما عدا ذلك كانت أوامر المعالج للأسرة واضحة «لا تنتقد، لا تضرب إذا ظهر السلوك السلبي . . تصرف بشكل عام بالتشجيع . اظهر اهتمامك وامتدح سلوكه كلما بدر منه مايدل على اهتمام بمظهره ونظافته» .

وقد كان التغير في سلوك الطفل واضحا للغاية، إذ توقف التبول اللا إرادي بالنهار في الأسبوعين الأولين، ولم تحتج الأسرة إلى استخدام جدول التدعيمات السابق أكثر من أسبوعين آخرين حتى توقف التبول الليلي. وفي الوقت نفسه بدأت الأسرة تستجيب بطريقة إيجابية وتلقائية لسلوك طفلها، وبدأت تظهر جوانب أخرى وهي توقف العدوان على الأم. كما استمرت الأسرة في تجاهل جوانب السلوك غير المرغوب فيها، مع تشجيع الرابطة الوجدانية مع الطفل، وانعكس ذلك على أدائه الدراسي حيث أصبح من الممكن لأحد الإخوة الكبار أن يساعده على حل واجباته المنزلية مما قلل الشكاوى المدرسية. لقد تحول «غسان» من طفل مُذل وعدواني ومُهمَل إلى طفل قادر على التحكم في سلوكه. . مما جعله هدفا لكثير من الاستجابات الوجدانية من الأسرة والاهتمام.

يعتمد الأسلوب الذي استخدمه المعالج في المحاولة السابقة على عدة عناصر مشتقة من نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) وهي استخدام التدعيم للسلوك االإيجابي والتدعيم السلبي، والتجاهل، وهي تشكل - مع غيرها من المبادىء التي سيأتي ذكرها فيما يلي - أهم الفنيات المشتقة من هذه النظرية.

التدعيم (التعزيز):

التدعيم هو - فيما أشرنا إليه من قبل - أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معين أو إلى تكرار حدوثه. فكلمات المديح، وإظهار الاهتمام، والثناء على الشخص والإثابة المادية أو المعنوية (بالشكر مثلا) عند ظهور سلوك إيجابي معين (هو الذهاب للحمام في حالة غسان مثلا) تعتبر جميعها أمثلة للتدعيم إذا ما تلتها زيادة في انتشار السلوك الإيجابي.

وقد يكون التدعيم إيجابيا أو سلبيا. ويقصد بالتدعيم الإيجابي أي فعل أو

حادثـة يرتبط تقـديمها للفرد بـزيادة في السلوك المرغـوب فيه، فـالمكافأة التي كـانت تعطى لـ «غسـان» في المثال السـابق إثر ذهـابه للحمام، أو إثـر قيامـه بسلوك مرغـوب فيه كنظافة ملبسه، والنجوم التي كـانت تلصق له على جدول التدعيمات تعتبر مـدعمات (معززات) إيجابيـة لأنها أدت إلى زيادة في السلـوك المرغوب فيـه وهو النظـافة أو الضبط، ولهذا تتـزايد جوانـب كثيرة من السلوك الإيجابي في الطفل كالمهـارة في الحديث، والتأدب، والإنجاز، والنشـاط إذا ما واجهناها بالانتباه والتقريظ الملائمين.

أمـا التدعيم السلبي فيتمثل في تـوقف أو منع حـدث كريـه أو منفر عنـد ظهور السلوك المرغوب فيه.

والتدعيم - إيجابيـا كان أو سلبيا - يـؤدي دائما إلى الإسراع في ظهور السلوك المرغوب فيـه. ولكن المعالج السلـوكي يفضل عادة التـدعيم الإيجابي أكثر من التدعيم السلبي لسهولة تطبيقه ولأن نتائجـه سريعة، ولعدم وجود آثار جانبية سلبيـة لـه. والعادة أن التـدعيم السلبي يتـم بعد تطبيق منبـه منفـر، فيكـون التـوقف عن هـذا المنبـه المنفر أو منعـه عنـد ظهـور سلوك معـارض للسلـوك السلبي، ومن ثـم فقـد يشتم الطفل مـن تطبيق التـدعيم السلبـي محاولـة للتسلط، والحرمان، وفـرض العقاب بكل مـا للعقاب من آثـار جانبيـة سيئة ستتضح فيما بعد.

والمدعمات أنواع.. فهـي لا تقتصر على المكافآت الماديـة كما يظن البعض خطأ حينما يقصرون المدعمات أو المعززات على المكافـأة أو الحوافز المادية. ومن المهم للمعـالـج السلـوكي، ولكل المتخصصين في مجال الصحـة العقليـة في ميادين العلاج الفردي أو المؤسسات العلاجيـة أن يكونوا على علم بأنواع هذه المدعمات أو أن يكون لـديهم رصيد منهـا حتى يمكن استخـدامها بفعـالية.

والقارىء المهتم بالعلاج السلوكي بطريق التـدعيم يمكنه الاستعانة بالاستبيان الآتي (جدول رقم ٣) عن التدعيمات والنشاطات السارة.

كذلك يمكنـه الرجوع إلى استبيـان المدعمات المنشور في مكان آخر بـاللغة العربية (إبراهيم ١٩٨٧).

وعمـوما يمكن تصنيف المدعمات إلى ثـلاثة أنـواع رئيسية هي: مـدعمات ماديـة وممتلكات، ومدعمات اجتماعية، ومـدعمات نشاطية (أي مـرتبطة بأداء نشاطات محببة).

وتدخل في المدعمات الماديـة كل الأشياء الملمـوسة التي تكـون قيمتها التي فيها مـرتبطة بإرضاء حاجـة حيوية، ولهذا لا يحتـاج الطفل إلى تعلم فائدتها، ويصلح هـذا النوع من التـدعيم مع الأطفـال الصغار، وفي حـالات التخلف العقلي، وحـالات الاضطـرابـات الـذهـانيـة ومن أمثلتهـا الحلـوى والطعـام واللعب، والمشروبات..

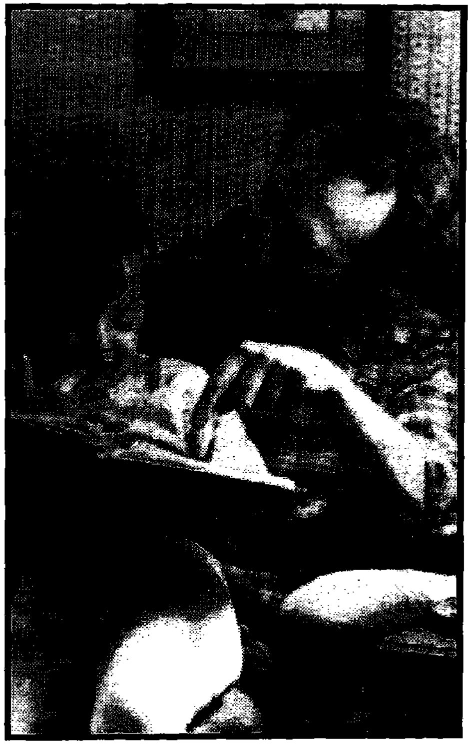
ويمكن تقسيم المدعمات الاجتماعية إلى أربعة أقسام تمثل:

أ - إظهـار الاهتمام والانتباه بكل مـا يصحب ذلك من مظاهـر سلوكيـة دالة عليه كالتبسم، والإيماء بالرأس، والاحتكاك البصري.

ب - الحب والـــود وذلك كما في حالات عناق الطفل أو تقبيله، أو، التربيت عليه.

جـ- الاستحســان باستخـدام الألفـاظ الدالة على الاستحسان أو الحركات، كالتصفيق، والشكر والموافقة.

د - الامتثال والإذعان، فإذعان الأبوين أو الإخوة إلى طلبات الطفل وإلحاحه بتقديم مايرغب فيه يعتبر ذا قيمة اجتماعية.



شكل رقم ٨ : إظهـــار الاهتمام بالنشـاطات الإيجابيـة لدى الطفل بما فيها النشاطات الأكاديمية يعتبر من أهم الأســاليب الفعــالــة في تــــدريـب الطفل على كثير مـن العادات الإيجابية. ويقوم جزء كبير من جهود المعـالجين السلوكيين على التخطيط الجيـد للعمل على زيـادة كثير من جـوانب السلـوك الإيجابي للطفل مـن خـــلال مـــايسمى بالتدعيم الإيجابي أي إظهار الاهتمام والثناء على الطفل و إثابتـه ماديا أو معنـويا (من خـلال القرب البـدني والتـواصـل) عـنـدمـا يصـــدر من الطفل سلـوك إيجابي كـالنظافـة أو رعـايـة النفس، أو النشـاطـات التحصيلية فالتدعيم لا يقتصر على المكافآت المادية وحـدها بـل يمتد ليشمل أي حدث يـؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب فيه.

أما المدعمات المرتبطة بأداء نشاطات معينة فهي تشمل، على سبيل المثال، مشـاهدة التليفـزيون، الخروج للنـزهـة، الذهـاب للملاهي، قيـادة الفصل الدراسي، أو أي نشاطات مفضلة للطفل يمكـن استخلاصها بملاحظته، أو استنتاجها من خلال التفاعل معه.

فضـلا عن هذا، فهنـاك طائفـة أخـرى من التدعيمات التي يطلق عليهـا العلماء اسم التدعيمات الهروبية (السلبية) أي التي ترتبط بتجنب أو منع أشياء مزعجـة أو كريهة، كـالتوقف عن النقـد، أو الضرب، أو التوقف عن تـوقيع عقوبات معينة.

متى يكون التدعيم فعالا ؟

يجب أولا أن يكون المدعِّم (المعـزز) متوقف الحدوث على السلـوك المرغوب فيه فقط ، فحدوثه اعتمادا على مسببات أخرى سيقلل من كفاءته في تمكيننا من التحكم بذلك السلوك .

كذلك يجب أن يقدم المدعِّم حال حدوث السلوك المرغوب فيه لأن التأخير في تقديمـه سيقلل من فعاليته في زيـادة تكرار السلوك المرغـوب فيه أو احتمال حدوثه . لـذا يجب أن يكون التدعيم فـوريا إثر حدوث السلـوك المرغوب فيه ، فالتـأخر في إعطاء المدعِّـم قد يـؤدي إلى تدعيـم سلـوك غير السلوك الأصلي . فالـوعد بتقديم قطعـة من الحلوى للطفل عنـدما يتبول في المكـان المناسب ثم الإخفاق بـالقيام بـذلك ، وإعطاؤه قطعة الحلـوى عندمـا يلح ويكرر الطلب سيؤدي إلى تدعيم سلوك الإلحاح وليس التبول في المكان المناسب .

ثم إنه يجب أن يكـون المدعِّم محبوبا ومـرغوبـا فيه من الطفل ، أي يجب أن تكـون له قيمـة مـا عند الطفل ، وهـذه القيمـة هي التي ستحـدد ما إذا كـان الشخص سيبذل جهده للحصول عليه . وتلزم الملاحظة أن حجم المدعم يؤثر على فعاليتـه بحيث إنـه كلما ازداد حجمه كان تـأثيره في السلوك الـذي سبقه أكثر، والقاعـدة التي نستخلصها مما ذكر هي أنه إذا قدمت مـدعما بعد سلوك معين ولم يؤد إلى تقـوية ذلك السلوك ، فإن مـن الأفضل أن تبحث عن مدعم آخر لأن المدعم الأول غير فعال .

كذلك فإنه يجب أن يكون هنـاك اتساق في تقديم المدعِّم بحيث يقدم دائما بعد ظهـور السلوك المرغـوب فيه . لكن من الأفضل البـدء بتقليل عدد المرات التي يقـدم فيهـا المدعم بعـد مـلاحظـة بعض التحسن . وبعبـارة أخـرى من الأفضل دائما استخـدام التدعيم المستمـر في بـداية تعلم السلـوك الإيجابي ثم

يمكن الانتقال إلى التدعيم المتقطع عندما يحدث تقدم في السلوك.

كما ينبغي التحرر من بعض الأفكار غير المنطقية عند استخدام مبدأ التدعيم، فهناك من يعتقد أن استخدام التدعيم قد يعتبر نوعا من الرشوة للطفل، ولا شك أن المعالج أو الأب الذي يتبنى مثل هذا الاعتقاد سيستخدم التدعيم بطريقة غير فعالة.

يجب أن نتذكر أن السلوك الخاطىء قد يكون بفعل التدعيم، وأن التوقف عن تدعيم السلوك الخاطىء واستبداله بأسلوب جديد يمكن من خلاله تدعيم السلوك المرغوب فيه واجب خلقي وإنساني فضلا عن فائدته الصحية، ولا ننسى أننا لا نعتبرها «رشوة» عندما نجد من الضروري أن نتسلم راتبنا الشهري من صاحب العمل، إننا على العكس نجد توانيه عن ذلك إثباتا لفشله أو سوء خلقه، أو ضعف مهاراته الإدارية . . إلخ.

العقاب(٤) وتكاليف الاستجابة(٥) والإبعاد المؤقت(٦):

يتضمن العقاب إيقاع أذى ــ لفظي أو بدني ـ أو إظهار منبه مؤلم أو منفر عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب. والعقاب يختلف عن التدعيم السلبي من حيث نتائجهما كما سبق أن ذكرنا، ومن أمثلة العقاب الضرب، والحرمان من التفاعل الاجتماعي، وزجر الطفل، والصراخ في وجهه، وحرمانه من لعبه. وتعتبر الأساليب التي يستخدمها المدرسون أمثلة إضافية على ذلك، فطرد التلميذ من الفصل، أو إنقاص درجاته عندما يظهر سلوكا غير محبب كالإهمال والشغب هي أيضا أنواع من العقاب.

ومن أنواع العقاب الرئيسية مايسمى بتكاليف الاستجابة والتي تأخذ شكل الحرمان من مدعم كان يعود على الطفل بالفائدة إثر ظهور سلوكه المضطرب.



شكل رقم ٩ : يعتبر إبعـاد الطفل مؤقتـا ولمدة قصيرة (دقيقتين مثلا) عن مـوقف أو مدعم ذي فـائدة عندما تبدر منه اضطرابات أو مشكلات سلـوكية من الأساليب الفعالة في تعديل السلوك المضطرب. ومن المهم لاستخدام هذا الأسلوب بنجاح أن يبتعد المعالـج أو الأبوان عن الهياج الانفعالي عند فرضه وتجنب الجدل والنقاش، مع الإيضـاح للطفل أن إبعاده هو لفترة مـؤقتة وأنه ليس عقـابا بقدر مـاهو فرصة له للتفكير في سلـوكه. ويستخدم هذا الأسلوب بفاعليـة خاصة في المواقف التي تتسم بالصراع الشديد والعراك بين الأطفال.

ومن أهم أنواع العقاب مايسمى بالإبعاد المؤقت، ويتضمن إبعاد الطفل إثر ظهور السلوك عن الموقع لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية. ومن مزايا هذا الأسلوب أنه سيساعد أولا على إنهاء الموقف الذي يرتبط بالمشكلة أو الصراع فورا وبالتالي يقلل من التطورات السيئة. فإبعاد طفلين متشاجرين وإرسالهما لفترات قصيرة - أو إرسال المعتدي منهما - ينهي المشادة وما قد يترتب عليها من مضار بدنية أو تخريب، كما أنه يسمح ثانيا بإعطاء الطفل فرصته للتأمل في سلوكه بهدوء، كما يعطي الأبوين أو المشرفين فرصة أكبر للتحكم الانفعالي (فضلا عن هذا فالإبعاد المؤقت لفترة قصيرة من شأنها أن تبعد الطفل عن المشتتات البيئية التي قد تعوقه عن استكشاف الطرق الأخرى للتصرف الملائم في المستقبل) على أن نجاح أسلوب الإبعاد المؤقت يرتهن بشروط متعددة منها:

أ - تجنب الهياج الانفعالي والثورة خلال تطبيقه. لابد من التسلح بالهدوء لأن الهياج الانفعالي قد يدفع الطفل لمزيد من الانفعال، وهذا الانفعال قد يكون في حد ذاته مدعما إضافيا للسلوك السيىء بسبب مايتضمنه من انتباه سلبي.

ب - ينبغي تجنب الجدل والنقاش مع الطفل. إذ ينبغي أن نذّكر الطفل بكل بساطة بأنه قد خرق قاعدة أساسية من القواعد التي تم الاتفاق عليها معه من قبل (بضربه لأخته مثلا أو إتلافه قطعة من الأثاث) وأنه لهذا يجب أن يذهب مثلا إلى حجرته أو إلى أي مكان منعزل في المنزل لفترة دقيقتين. الحزم والهدوء مطلبان ضروريان للنجاح في ذلك.

جـ - تجاهل كل ما يصدر عن الطفل بعد ذلك من احتجاجات أو توسلات أو أعذار.

د ـ أما من حيث الوقت الذي ينبغي أن يبتعد فيه الطفل فيعتمد على الخبرة، لكن ملاحظات خبراء العلاج النفسي ترى أن الإبعاد لمدة دقيقتين يؤدي إلى نتائج إيجابية لدى الطفل ذي العامين، وقد تزاد هذه الفترة لمدة خمس دقائق لمن هم أكبر من ذلك.

هـ ـ عند تطبيق أسلوب الإبعاد المؤقت يجب إعلام الطفل بأنه وسيلة لإعطائه فرصة للتفكير في سلوكه وليس عقابا، كذلك يجب أن يلتزم الطفل خلال هذه الفترة بالهدوء. . وإلا فمن الممكن تمديد الوقت المحدد لذلك أو مضاعفته (Ingersoll, 1988, Neisworth & Smith, 1986).

وبالرغم من الانتقادات التي توجه لأسلوب الإبعاد على أنه نوع من العقاب، فإن نتائجه تكون مقبولة (خاصة إذا كان الموقف نفسه يؤدي إلى مزيد من الاضطراب والفوضى والعدوان والتعارك)، ولهذا فهو يستخدم بفاعلية في مثل هذه المواقف التي تتسم بالصراع الشديد بين الأطفال ولا ننصح من ناحيتنا باستخدامه بشكل متسلط أو متكرر من قبل المشرفين والمدرسين، لأننا في مثل هذه الحالات نشجع السلوك التسلطي والخضوعي ولا نعمل على إيقاف السلوك العدواني كمطلب من مطالب العلاج.

استخدام التجاهل(٧):

تعرف البديهة الاجتماعية ويعرف اختصاصيو الصحة العقلية أن كثيرا من أنواع السلوك التي تسبب الإزعاج للأسرة يمكن أن تختفي في فترات قصيرة بمجرد تجاهلها. فمن المعروف أن تجاهل كثير من جوانب السلوك المزعجة (خاصة إذا كانت غير ضارة بشكل مباشر) ستؤدي إلى اختفائها تدريجيا، ولهذا فإن الآباء بانزعاجهم الشديد من بعض مشكلات أطفالهم، وما يقومون به من محاولات للتصحيح، غالبا ما يؤدي إلى عكس مايرغبون فيه.

ومن الأمثلة على أنواع السلوك التي يمكن علاجها بتجاهلها: البكاء المستمر، العويل، النهنهة، العزوف عن الطعام، الشكاوى المرضية العابرة، وكذلك أنواع السلوك أو الاستجابات التي تصدر للمرة الأولى من الطفل كقضم الأظافر أو نتف الشعر، أو تحطيم شيء عفوي.

ولكي يكون التجاهل فعالا، أي لكي يؤدي إلى النتيجة المرجوة وهي انطفاء السلوك السلبي فلابد من توافر شروط منها:

أ ـ الانتظام والاتساق في تطبيق طريقة التجاهل فمن المعروف أن التجاهل ـ خاصة بعد أن يكون الطفل قد اعتاد الانتباه من الآباء ـ سيؤدي في بداية تطبيقه إلى مايسمى بفترة الاختبار(٨) وفي خلال هذه الفترة ـ التي قد تمتد أحيانا أياما أو أسابيع ـ قد يتزايد السلوك غير المرغوب فيه أكثر مما كان عليه من قبل.

هذا التزايد شيء يقوم به الطفل ليتأكد من أن النمط القديم من الاستجابات والاهتمام مازال ممكنا. ولهذا فإن علماء الصحة يحذرون بشدة من التراجع في هذه الفترة الاختبارية عن استخدام التجاهل ويرون أنه لابد من الانتظام والاستمرار فيه.

ب ـ اللغة البدنية الملائمة: عند تطبيق التجاهل تجنب الاحتكاك البصري بالطفل، والتفت بعيدا عنه حتى لا يرى تعبيراتك.

جـ ـ ابعد نفسك مكانيا، أي لا تكن قريبا منه خلال ظهور السلوك الذي أدى إلى استخدامك التجاهل! إن مجرد القرب البدني يعتبر تدعيما للسلوك غير المرغوب فيه، وغالبا ماسيتوقف الطفل (عن عويله مثلا) إذا كان متأكدا من أن أحدا لا يسمعه أو يراه.

د ـ احتفظ بتعبيرات وجهك محايدة فاختلاس النظر للطفل، أو إظهار



شكل رقم ١٠ : أشكال من العدوان بعضها يتضمن إيقاع أذى بدني (كالضرب) وبعضها يتضمن إلقاء شيء ضار. ومن العدوان التحطيم والتكسير المتعمد، والعدوان اللفظي والشتائم.

في مثل هذه الأحوال الجأ بدلا من التجاهل إلى التدخل السريع، ويكون ذلك بإيقاف الضرر الواقع على الشخص الآخر بمواساته ومعالجة النتائج السيئة التي ترتبت على السلوك الضار سواء في الشخص الذي وقع عليه العدوان أو البيئة. ثم تجاهل الموقف ولا تتجاهل الشخص المعتدي بل ساعده على المشاركة في إصلاح الضرر أو وجه انتباهه إلى نشاط آخر، ثم دعم النشاط الجديد واستمر في ذلك التدعيم.

الغضب، أو وقوفك أمامه مترقبا أن ينهي تصرفاته كلها تفسد من التجاهل المنظم، لأنها تكافىء الطفل بالانتباه لأخطائه.

هـ ـ خلال فترة التجاهل ينبغي ألا تدخل في حوار أو جدل مع الطفل.

و ـ يجب أن يكون التجاهل فوريا، أي حالما يصدر السلوك غير المرغوب فيه.

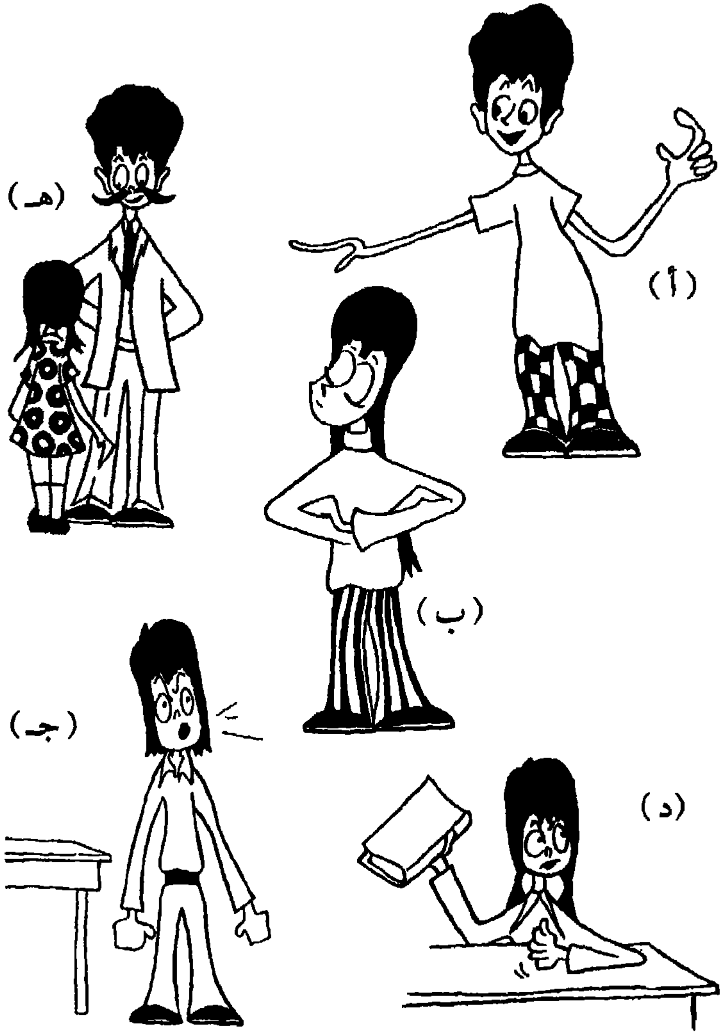
كما ينصح العلماء، كقاعدة رئيسية من قواعد نجاح العلاج أن تتجاهل السلوك ولا تتجاهل الشخص ويتطلب ذلك أن تدعم الطفل إيجابيا وبشتى الوسائل بما فيها إظهار الود والاهتمام والمشاركة في شيء إيجابي حالما يتوقف السلوك الخاطىء. إن المقصود من التجاهل هو التخلي عن بعض الجوانب السيئة، لكن الاهتمام الإيجابي والرعاية، وامتداح قدرات الطفل تعتبر من أقصر الطرق لتكوين طفولة ناجحة، كما أنها تقوي العلاقة بين الأبوين والطفولة مبكرا مما يجعل آثارها التالية لا تقدر من حيث الارتباط الوجداني الإيجابي بينهما.

فضلا عن هذا فإن هناك اضطرابات سلوكية ومشكلات ترتبط بالطفل قد يكون تجاهلها خطيرا، فالسلوك العدواني المستمر، والتهديد والاعتداء على الأطفال الآخرين أو البالغين بالضرب والشتائم، وتدمير الملكية، وأنواع السلوك الجنسي المرتبط بجرح مشاعر الآخرين أو الأخريات كلها جوانب لا يصلح التجاهل في علاجها بل تحتاج إلى تدخل مباشر. وفي هذه الحالة يمكن استخدام أساليب علاجية أخرى مثل الإبعاد المؤقت، أو أسلوب آخر طور حديثا يسمى أسلوب التعليم الملطف(٩) يصلح بشكل خاص لعلاج العدوان والتحكم فيه دون نتائج سلبية إضافية . (Ibrahim, & Ibrahim, 1989, Ibrahim, Ibrahim, & Glick, 1990).



شكل رقم ١١ : من أنواع العقاب : الضرب و التهديد والزجر والصراخ في وجه الطفل عندما يصدر منه سلوك غير مرغوب فيه ، وبالرغم من أن العقاب يحل المشكلة مؤقتا فإن له آثارا جانبية سيئة لأنه لا يبين للطفل ما السلوك الصحيح ويولد لديه الكراهية للشخص الذي يعاقب مما يضعف من قدرته على التأثير في الطفل .

وعلى وجه العمـوم، نجد أن استخدام أسلـوب العقاب وما يـرتبط به من مناهج وأساليب عـلاجيـة أخـرى بما فيها تكـاليف الاستجـابة، والإبعـاد، والتجاهل قد تكون لها فائدتها إذا ما استخدمت بشكل هادىء وحازم وكانت مـرتبطة بتـوقف سلوك ضـار. وبعبـارة أخرى، إذا كـان تجنب القيام بسلـوك خاطىء يتضمن علاجا للمشكلة فإن العقاب السريع المتسق سيكون من شأنه إيقـاف الطفل عن ذلك، ومن أمثلـة هذا: أن يضع الطفل مسمارا في أذنـه أو يحاول أن يلعب مع الأطفال الصغار بـوضع شيء حاد في عيونهم، أو يحاول أن يشعل البـوتجاز، أو من عـادته الانـدفـاع من خارج المنـزل إلى الشـارع حيث السيارات والأخطـار غير المتوقعة. . إلخ في مثل هذه المواقف تعـرف أن علاج المشكلـة يكمن أساسـا في تجنب وتحاشي القيـام بهذا السلوك الضـار. . ولهذا يصلح مع هـذه الأنـواع من السلـوك استخـدام العقـاب، وعلى العمـوم فإن للعقاب آثارا جانبية ومن ثم يجب عـدم استخدامه في الحالات التي يكون فيها الاضطراب متعـددا في جوانبه، بل إن استخـدامه في بعض المشكـلات ـ مثل ضرب الطفل نتيجة اعتدائه على شخص آخر ـ قـد يؤدي إلى نتيجة معاكسة، لأن العدوان بـالضرب هنا يمنح الطفـل نموذجا عـدوانيا يشجع على تـدعيم العدوان وليس على تـوقفه (Bandura, 1979) والعقاب يؤدي إلى تـولد الخوف والقلـق (Ingersoll, 1988)، كما أنه يشعـر الوالدين بالـذنب، مما يجعلهما يتصرفان نحو الطفل بعد ذلك بطريقة غير متسقة (إبراهيم ١٩٨٧ ,Ingersoll 1977) وهـو يوقف السـلوك الخاطىء، ولكنـه لا يبين ما السلـوك السليم (Eimers & Aitchison, 1977) لهذا من الأفضل أن يكـون العقـاب مصحوبـا بتعليمات لفظيـة واضحة لما يجب أن يتصرف عليـه الطفل في المرات القادمـة. فضلا عن هذا فإنـه يوقف السلوك الخاطىء مؤقتا، إذ قد يظهـر عندما يختفي الشخص القـائم بـالعقـاب، والشخص الذي يسرف في العقـاب قـد يفقـد جاذبيته وخـاصيته التدعيمية للطفل ويـرتبط لدى الطفل بمشاعـر الكراهية



شكل رقم ١٢ : بالرغم من فاعلية التجاهل كأسلوب علاجي فإن من المناسب ألا نتجاهل السلوك الإيجابي كما يجب ألا نتجاهل السلوك المشحون انفعاليا كالإغاظة (أ) والتبجح (ب) والشتائم (جـ) والمجادلة (د) . في مثل هذه الأحوال، انتهز أي فرصة سانحة (أو اخلقها) كي تشجع الطفل على الكشف عن مشاعره الحقيقية (هـ) ومصادر إحباطه وتوتره. حاول أن تعمل على حل هذه الصراعات والتقليل من مصادر التوتر أو تشجيع الطفل على تحملها حتى يستبدل السلوك المشحون انفعاليا بسلوك إيجابي آخر.

والنفور والخوف. ومثل هذا الشخص لا تكون له القدرة التأثيرية في الطفل في المواقف الإيجابية (Bandura, 1979).

ويحذر المعالجون السلوكيون من تأجيل العقاب إذا كان من الضروري ممارسته. فالأم التي ترى ابنها وهو يخرب أحد الأشياء في المنزل، وتنتظر حتى يعود الأب لكي يقوم بدور العقاب، فإنها بهذا الفعل لا تعاقب الفعل المخرب ولكنها عاقبت حضور الأب، مما يجعل الأب مرتبطا بإيقاع العقاب والأذى ويقلل فرص التقبل الوجداني له من قبل أطفاله، وإنها ملاحظة منا تستحق البحث والتأمل، إن ما تلاحظه من رفض بين كثير من أطفالنا لآبائهم إنما يعود في حقيقة الأمر لارتباط الأب بعقاب الطفل وتهذيبه. وتدعم الأمهات هذه الصورة الكريهة للأب عندما تحاول ـ بشكل مقصود أو غير مقصود ـ أن تدافع عن الطفل وتحميه من غضب الأب بعد أن تكون هي التي تسببت في ذلك بتأجيلها عملية تعديل السلوك لحين عودة الأب.

أساليب أخرى من التعلم الفعال (الإجرائي):

أثارت نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) محاولات أخرى لابتكار طرق وأساليب علاجية جديدة، منها التقريب المتتالي(١٠) الذي ينطوي على تقسيم العمل أو السلوك المراد تعلمه إلى خطوات أو مراحل صغيرة، وتدعيم الطفل كلما أنجز خطوة من هذه الخطوات التي تؤدي إلى تحقيق أداء السلوك بكامله في النهاية. وبهذه الطريقة يمكن تدريب الأطفال على كثير من جوانب السلوك المعقد مثل القراءة والكتابة. وتعلم غسل الوجه وتجفيف اليد ولبس الحذاء أو الملابس أو ركوب دراجة، أو تعلم قيادة سيارة (ويستخدم هذا الأسلوب مع أسلوب القدوة بزيادة فاعليته كما سنرى).

وهناك مايسمى بالتدعيم الفارق لأي استجابة أخرى(١١) ومن خلاله

يمكن أن تكـافيء الطفل أو تدعم استجـابـاته عنـدما لا يظهـر منه السلـوك المحوري المرضي، فالحديث مع الطفل وتبـادل الحوار معه بود وإعطاؤه بعض المدعمات كل نصف ساعة مثلا عندما لا يكون منغمسا في سلوك غير مرغوب فيه سيؤدي إلى زيادة سلوكه الإيجابي (Peterson & Harbeck, 1990) .

وهناك أسلوب آخر يسمى تدعيم السلوك البديل[١٢] للسلوك المحوري، يماثل الطريقة السابقة إلا أنه يتطلب تقديم التدعيم عندما يؤدي الطفل سلوكا مناقضا ومضادا للسلوك المرضي. ومن الاستخـدامات الناجحة لهذا الأسلوب علاج مشكلة مص الطفل أصابعه بتدعيم قيـامه بسلوك مضاد بإبقاء الأصابع خارج الفم. ويمكن كذلك في هذه الحالة إضافة طريقة التشكيل التي تحدثنا عنها مسبقا بزيادة متطلبات التـدعيم تدريجيا بحيث لا يقدم التدعيم إلا بعد فترات تتزايد طولا يُبقي فيها الطفل إبهامه خارج فمه.

ويستخـدم الأسلوبـان السـابقان بنجـاح لعـلاج مشكلات العـدوان بين الأطفال المتخلفين (Giampo et. al., 1984) والأسوياء (Lazarus, 1971) على السواء. كذلك هناك تقارير حديثة تثبت نجاحهما في علاج بعض المشكلات العضـوية والشكـاوى الصحية التي ليس لها أسـاس عضوي وذلك بتـدعيم الطفل عندما يؤجل تعبيره عن الألم، أو عنـدما يبرز منه سلوك صحي مخالف لشكواه البدنية (Peterson & Harbeck, 1990) .

أنواع من السلوك لا ينبغي تجاهلها



شكل رقم ١٣(لا تتجاهل السلوك المؤذي للنفس أو الذي قد ينم عن اضطراب دائم في الشخصية أو الذي قـد يتحول إلى اضطراب دائم وذلك كـالبكاء والانزواء الاجتماعي والعزلـة الشديدة. قـد تحتاج في النهايـة إلى الاستعانـة بالمتخصصين، لكن لا تدع الطفل وحـده يعاني مشاعـره السلبية أو سلـوكه الضار. تحادث معـه وحاول أن تعرف مصـادر تعـاسته. فإذا كان الأمر يتطلب إيقـاف أذى عليه من الأسرة أو المدرسة أو أحد الـزملاء فتعرف على هذه المصـادر مبكرا وساعده على حلهـا. وإذا لم توجد أسباب واضحة شجع الطفل على التعبير عن مشاعره، امنحه وقتا كافيا لذلك، دعم جوانب السلوك التي تتعـارض مع الاكتئـاب والأذى بما فيهـا خلق فـرص إيجابيـة للتفـاعل الاجتماعي وتبـادل المودة ومساعدته على حل المشكلات الطارئة بتشجيعه على مواجهة مواقف التوتر أو الفشل.

الخلاصة

التدعيم إيجابيا كان أو سلبيا يؤدي إلى زيادة واضحة في جوانب السلوك المرغوب فيها بما فيها الصحة والنظافة والتوافق والتعاون. . إلخ. . والتدعيم أنواع تتفاوت من الحوافز المادية إلى تلك المدعمات التي تشتمل على جوانب اجتماعية أو نشاطات. ومن خلال التدعيم يمكن تدريب الطفل على كثير من العادات الإيجابية. ويقوم جزء كبير من جهود المعالج السلوكي على التخطيط الجيد للعمل على زيادة كثير من جوانب السلوك الإيجابي للطفل من خلال مايسمى بالتدعيم الإيجابي، أي إظهار الانتباه والثناء على الطفل عندما يصدر منه سلوك إيجابي.

أما العقاب وما يشتق منه من أساليب أخرى كتكاليف الاستجابة والإبعاد المؤقت ـ ولو أنه لا يؤدي إلى زيادة في السلوك الإيجابي ـ فإنه يؤدي إلى إيقاف السلوك السلبي. ولكي يكون العقاب فعالا، يجب أن يكون حازما، ومتسقا. . وخاليا من الهياج الانفعالي والمجادلة.

ويلعب التجاهل دورا متميزا في علاج كثير من مشكلات الطفل، لكن يجب عدم تجاهل جوانب السلوك الخطرة والمؤذية للنفس أو للآخرين. في مثل هذه الأحوال يجب معرفة مصادر إحباط الطفل، والتقليل من مصادر التوتر أو تشجيع الطفل على تحملها حتى يستبدل السلوك السلبي بسلوك إيجابي آخر.

الفصل السابع

تدريب المهارات الاجتماعية للطفل

تتطلب نظرية التعلم الاجتماعي التعامل مع كثير من أنواع السلوك ـ مرضية كانت أم عادية ـ على أساس أنها تكونت بفعل التعلم من الآخرين عن طريق الملاحظة. وبالنسبة للأطفال، على وجه الخصوص، فقد بينت المحاولات المبكرة لهذه النظرية (Bandura, 1977) أن كثيرا من جوانب الاضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق تكتسب من قبل الطفل بتأثير الآخرين عن طريق ملاحظته لهم. كما تشير بعض الدراسات إلى أنه من الممكن علاج الأطفال من المخاوف المرضية بالطريقة نفسها، أي بملاحظة أشخاص آخرين يتفاعلون بطمأنينة ودون خوف مع الموضوعات المرتبطة بخوف هؤلاء الأطفال (Nietze & Susman, 1990). وتؤيد ملاحظات الأشخاص العاديين أننا نكتسب بالفعل رصيدا سلوكيا هائلا من خلال ملاحظاتنا للآخرين ومحاكاتنا لما يفعلون.

لكن ما نكتسبه من الآخرين لا يكون بالضرورة إيجابيا. فالطفل الذي تحيط به أسرة خائفة جزعة سيكتسب بالفعل منها مخاوفها وموضوعات جزعها. والأب الذي يهرب من الضغوط بتناول المهدئات والعقاقير يرسم أمام الطفل نموذجا سلوكيا هروبيا يشجع على عدم مواجهة المشكلات وحلها في وقتها المناسب.

وقد سبق أن وضحنا أن من الأسباب التي تجعل بعض فنيات العلاج

بالعقاب أسلوبا ممقوتا، أنها ترسم أمام الطفل نموذجا عدوانيا يشجع على استخدام العدوان ويؤدي إلى عكس مايهدف إليه الوالدان تماما.

وتوضح نظرية حديثة في العلاج الأسري (Madanes, 1988) أن هناك دائما ارتباطا قويا بين مخاوف الطفل ومخاوف آبائهم. ولهذا فقد نجد أسرة كاملة تخاف من حيوانات معينة، أو تتحكم فيها اضطرابات محددة كالقلق الاجتماعي، أو تنتشر في أفرادها اضطرابات سيكوسوماتية خاصة بها كالصداع والأرق، وقرحة المعدة.. إلخ. ونظرا لأن كثيرا من هذه الاضطرابات لا تخضع للوراثة بكاملها، فإنها في الغالب قد اكتسبت بفعل ملاحظة أفراد الأسرة الآخرين أو بسبب ما يخلقه كل منهم أمام الآخر ــ خاصة أمام الصغار ـ من نماذج سلوكية وتدعيات لهذه الشكاوى.

وتسهم عمليات التعلم الاجتماعي في نمو أنماط الاضطراب الشديدة بما فيها الاضطرابات العقلية لدى البالغين والأطفال على حد سواء. وفي الحالات الأخرى الأقل خطورة من الأمراض العقلية تسهم عمليات التعلم الاجتماعي في ظهور الاضطرابات الاجتماعية بدرجات متفاوتة فتضعف قدرة الشخص على التفاعل الاجتماعي في المنزل أو المدرسة.

ومن الأسس الرئيسية للاضطراب النفسي لدى الأطفال، القصور في المهارات الاجتماعية بكل ما يرتبط به من جوانب ضعف في التفاعل الاجتماعي الإيجابي. وقد يجيء قصور المهارات الاجتماعية مستقلا في شكل اضطرابات يلعب فيها هذا القصور الدور الأساسي كما هي الحال في حالات القلق الاجتماعي والخجل، والتعبير عن الانفعالات الإيجابية (كالعجز عن إظهار الحب والمودة والاهتمام) أو السلبية (كالعجز عن التعبير عن الاحتجاج أو رد العدوان).

وقد يجيء القصـور الاجتماعي مصاحبـا لكثير من الاضطرابـات الأخرى. فقـد تبين أن أنـواعـا كثيرة من الاضطراب السلـوكي بين الأطفـال ــ بما فيهـا الاضطرابات العصابية والذهانية والسيكوفيزيولوجية ـ يصاحبها قصور واضح في المهارات الاجتماعية بما فيها العجز عن الاحتكاك البصري، أو تبادل الحوار، والجمود الحركي، وعدم الاستجابة للتفاعل الاجتماعي.

ويوجد من الطـرق العلاجية المبنية على نظريـة التعلم الاجتماعي ما يمكننا من تـدريب الطفل على العـديد مـن المهارات الاجتماعيـة، لعل من أهمهـا: التعلم من خلال ملاحظـة النماذج (أو التعلم بالقدوة)(١)، تدريـب القدرة على توكيد الذات(٢)، لعب الأدوار(٣). وسنبين فيما يلي كيفية استخدام هذه الأساليب وحـدود تطبيقاتها، وشروط الفاعليـة فيها، وأهم النتائج العـلاجية المرتبطة باستخدامها.

الاقتداء وملاحظة النماذج:

في إحدى التجـارب المبكرة التي قـام بها عالما النفس المعـروفان «بـاندورا» و«راس» (Bandura & Ross, 1979) سمح لمجموعة من الأطفـال بمشاهدة فيلـم قصير يمثل طفلا يتصرف بعنف وغلظة مع دمية، فكان يركلها بقدميه، ثم يمزقها، وينثر حشوها الداخلي مبعثرا إياه هنا وهناك. وقد بينت نتائج هذه الدراسـة أن الأطفال الذين شاهـدوا هذا الفيلم ـ بـالمقارنة بالأطفـال الذين لم يشاهـدوه ـ كانـوا يلجأون عند الإحبـاط لاستخدام نفس الأساليب العـدوانية عندمـا كان يسمح لهم بـاللعب مع دُمى مشابهة. لقـد تعلموا بيسر أن يعبروا عن إحباطهم بالعدوان (الركل ـ الضرب ـ التمزيق ـ النثر) من خلال أو بسبب ما شاهدوه من نماذج عدوانية.

لقد أثبتت هـذه التجارب أن بالإمكان اكتساب كثير من جـوانب السلوك

المرضي من خلال مشاهدة الآخرين وملاحظة النماذج. فمن المعلوم مثلا أن بعض انخرافات السلوك الجنسي ـ الاستجناسي(٤) يمكن أن يتطور بين الأطفال الذكور الذين انفصل آباؤهم عنهم بسبب الموت أو الطلاق (Argyle, 1973). ويبدو أن افتقاد هؤلاء الأطفال للآباء ـ أو لبدائلهم ـ يحرمهم من وجود النموذج الذكري الذي يساعدهم على تمثل متطلبات الدور الاجتماعي الذكري واكتساب المهارات الملائمة لأدائه. وفي دراسة أخرى (Bandura, 1979) تبين أن الميول الاستجناسية تتزايد بين الأطفال في الأسر التي يفشل الأب فيها في إعطاء النموذج الذكري إما بسبب انحرافه هو الشخصي، أو بسبب الدور الضعيف أو الهامشي الذي يلعبه في الأسرة، أو بسبب عدم تدعيم الأسرة السلوك الجنسي الملائم مما يؤدي إلى قمع التعبير عن الجنسية الغيرية(٥)(٦)

إن هذه التجارب في مجملها تشير إلى أن بالإمكان اكتساب السلوك المرضي من خلال التعلم الاجتماعي بملاحظة النماذج والاقتداء بها. لكن الجانب المشرق والإيجابي لمعطيات هذه التجارب هو إمكان استخدام الأدوات التقنية التي انبثقت عنها في تحليل وعلاج السلوك المرضي، واكتساب جوانب إيجابية معارضة لهذا السلوك (كنمو الغيرية، والتعاون، والمهارات الاجتماعية).

وهناك عشرات الأمثلة وعشرات الحالات المنشورة التي تبين أن استخدام التعلم بالقدوة يؤدي إلى اكتساب كثير من المهارات الاجتماعية. فباستخدامه الاستخدام الفعال يمكن إحداث تغيرات سلوكية إيجابية في العديد من أنواع السلوك البسيط والمركب كالطلاقة اللغوية بين الأطفال المصابين بعيوب الكلام (Madle & Neisworth, 1990) وتطوير الحكم الخُلُقي المقبول اجتماعيا (Ingersoll, 1988) حتى بين الأطفال المتخلفين والمضطربين عقليا (Madle & Neisworth, 1990).



شكل رقم ١٤ : تستمد برامج التليفزيون أهميتها من خلال ما تعرضه من نماذج سلوكية وقيم واتجاهات. ومن الممكن استخدام التليفزيون بطريقة إيجابية من خلال البرامج التي تهدف إلى تدريب الطفل على اكتساب كثير من الجوانب السلوكية المرغوبة فيها. والتعلم الذي يتم بهذه الطريقة يعتمد على مبادىء القدوة وملاحظة النماذج الإيجابية من السلوك.

ولهذا الأسلوب دور متميز كذلك في علاج الأطفال المصابين بالاضطرابات العقلية كالفصام والأمراض الذهانية الاجترارية(٧) ومن الدراسات المشهورة في هذا المجال ماقام به «لوفاس»(Lovaas, 1967) من محاولات علاجية استخدم خلالها عرض النماذج لتعليم اللغة وبعض المهارات الاجتماعية الضرورية للتفاعل الاجتماعي، كالتدريب على الاحتكاك البصري، وتبادل التحية بين الأطفال الفصاميين.

كما تعاون «لوفاس» مع مجموعة من زملائه (Lovaas, Freitag, Nelson & Waldar, 1987) في استخدام أسلوب عرض النماذج واستخدام القدوة لتعليم مهارات الرعاية الذاتية (غسيل الوجه وترتيب الحجرات والملابس والاستحمام) وأنماط اللعب، والتصرف الملائم للدور الاجتماعي بين الأطفال الفصاميين والمعوقين. وتمكن «أوكانر»كذلك (O' Conner 1969), من معالجة حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل والقلق الاجتماعي بالطريقة الآتية:

١ ـ سمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة فيلم قصير معد خصيصا لتدريب المهارة الاجتماعية ويعرض طفلا غريبا وجديدا يرى مجموعة من الأطفال تلعب وتتناقش فيما بينها، ويقترب الطفل من هذه المجموعة الغريبة عنه تدريجيا ويدخل مع أفرادها في حوار متزايد إلى أن يصبح جزءا منها.

٢ ـ بينما يسمح لمجموعة أخرى من الأطفال بمشاهدة فيلم آخر ليست له علاقة بتدريب المهارات الاجتماعية(٨).

وقد تبين عند المقارنة بين المجموعتين أن قدرة الأطفال في المجموعة الأولى قد زادت على قدرة مجموعة الأطفال الضابطة فيما يتعلق بكثير من المهارات الاجتماعية بما فيها القدرة على التفاعل الاجتماعي واختلاق موضوعات جديدة

للحديث. ومن الغريب أن هـذا التقدم كان ملحوظا لدرجـة أنه لم يعد هناك فرق كبير بين هـؤلاء الأطفال الذين شـاهدوا هذا النمـوذج ومجموعة ثـالثة من الأطفال لم تكن بينهم مشكـلات سابقـة متعلقة بـالقلق والانسحاب وضعف المهارات الاجتماعية.

ومن التطورات المفيدة لتطبيقات هذا الأسلوب استخدامه في مجالات علاج الاضطرابات الطبية وإسعاف الشخص نفسه في الحالات الطارئة. فقد أمكن الآن إعـداد أفـلام فيديـو ملـونـة لتطـوير مهـارات الطفل في إسعـاف نفسـه خصوصا في الحالات التي يحتاج الطفل خلالها إلى استخدام أنواع من الحقن، وبهذه الطـريقـة أمكن تـدريب مجمـوعة مـن الأطفال المصـابين بـالسكـر في المعسكرات الصيفية على استخدام الحقن الـذاتي من خلال عرض فيلم لطفل في السادسة من عمره يتولى حقن نفسه بالأنسولين بطريقة تدريجية مع تعليمات لفظية شـارحة لطريقـة تطبيق الحقن. وقد تمكنت مجموعات كبيرة من الأطفال ذوي الأعمار الصغيرة نتيجـة لمثـل هــذه التــدريبــات من تحقيـق كثير من الإنجازات الصحية بما فيهـا القيام بالرحلات والمعسكـرات الصيفية التي كان يتعذر عليهم القيام بها من قبل، وذلك بسبب ما تمنحه إياهم هذه التدريبات العـــلاجية من حـــرية في الحـــركة في معـــالجـــة التغيـــرات الطـــارئة (Peterson & Harbeck, 1990).

وتتوقف فاعلية القدوة كأسلوب علاجي على شروط لعل من أهمها: وجود قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجمـوعة من الصور المسلسلة بطريقـة تكشف عن خطوات أداء السلـوك. ذلك لأن الطفل لكي يتقن أداء سلـوك معين يجب أن يـلاحظ أمامه تأديـة هذا السلوك من قبل النموذج، سواء كان هـذا النموذج يقوم بهذا السلوك في مـواقف فعلية (كما في حالـة تعليم طفل صغير كيف يغسل وجهه

مثـلا بأداء ذلك أمامـه أو حثه على هـذا الأداء)، أو كـان معروضـا أمامـه في مواقف أو مشاهد رمزية كما رأينا في الأمثلة السابقة.

كما يجب أن يكـون النموذج مقبـولا من الطفل، فـالأطفال لا يستجيبـون بدرجة متساوية لما يشاهدونه، وتتوقف معايير قبولهم هذا النموذج أو ذاك على كثير من المحكات منها: التشـابه في العمر، جاذبيـة النموذج، توافق القيم، والتماثل في بعض الخصـائص الشخصيـة بين الطفل والنموذج. والأطفـال في الغالب يتأثرون بالنماذج الناجحة أكثر من الفاشلة، فنادرا ما يقبل طفل مرتفع الذكـاء مثلا بمحاكاة نمـوذج لطفل متخلف إلا من باب الفكاهة والسخـرية الفجة.



شكل رقم ١٥ : بـالرغم من نقص الـدراسات التي تبحث في دور الأب وتأثيره الـوجداني في الطفل، فإن هناك مايثبت أن كثيرا من الانحرافات السلوكية قد ينتشر لدى الأطفال الذين افتقدوا وجود الأب أو يعيشـون مع أب لا يسمح للطفل بالتـوحد بـه. ومن ثم ينصح العلماء بأن يشـارك الأب في تربيـة الطفل وملاعبته، وأن يخصص وقتـا طويلا له للإسهام في عملية تنشئتـه. ومن شأن ذلك أن يساعد الطفل على تقبل الأب، ومن خلال ذلك يتمثل متطلبات الـدور الاجتماعي الذكري، ويكتسب كثيرا من المهارات المرتبطة بدور الرجل في المجتمع كتحمل المسؤولية والإيجابية والمبادرة إلخ.



شكل رقم ١٦ : يتطلب العلاج الناجح للطفل توجيهه لتعديل أخطائه وانحرافاته السلوكية بشتى الوسائل الممكنة . ويولي المعالجون السلوكيون المعاصرون اهتماما خاصا لتدريب الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية بما فيها القدرة على تبادل الأحاديث والتفاعل مع الأطفال الآخرين والدخول في عمليات البيع والشراء ، فضلا عن تدريبه على ممارسة بعض المهارات الاجتماعية الضرورية لتكوين صلات اجتماعية طويلة المدى بما فيها تدريب الطفل على الاحتكاك البصري وتبادل التحية والمناقشات والأحاديث .



ويتوحد الطفل بالنموذج الذي يثاب إثابة إيجابية على أفعاله ولكنه لا يتقبل الذي يلقى العقاب أو الاستهجان، وهناك دراسة (Bandura, 1969) تبين أن محاكاة العدوان في تجارب مماثلة لتجارب باندورا وزملائه تختفي عندما كان هناك من يأتي ليعاقب الطفل المعتدي على تصرفاته العدوانية مع الدُمى.

وتزداد فاعلية التعلم بالنموذج عندما يكون عرض النموذج السلوكي مصحوبا بتعليمات لفظية تشرح مايتم أو تصف المشاعر المصاحبة.

ونظرا لما يلعبه التعلم بالقدوة من أدوار مهمة في تعليم الطفل كثيرا من المهارات الاجتماعية في الفترات المبكرة من الطفولة، فإن علماء الصحة النفسية والعلاج السلوكي ينصحون الوالدين بالانتباه لدورهما في هذه الناحية. فالوالدان - أرادا أم لم يريدا - يرسمان بتصرفاتهما أمام الطفل نماذج من المهارات والسلوك التي يتعلم منها الطفل، وتمتد هذه المهارات لتشمل كثيرا من الجوانب السلوكية بما فيها اللغة ورعاية النفس ومواجهة الأزمات الانفعالية والاستجابة للمواقف الاجتماعية.

على أن الاقتداء بالوالدين أو بأحدهما لا يتم على نحو آلي. فقد تبين أن الطفل يقتدي بأحد الوالدين إذا تحققت فيه أو فيها بعض الشروط التي منها:

١ - أن يقضي مع الطفل وقتا طويلا خلال عملية التنشئة المبكرة.

٢ - أن يكون على قدر مرتفع من الجاذبية للطفل.

٣ - أن يكون مقبولا وفق المعايير الاجتماعية والمحلية.

ومن المعلوم أن تزايد المشكلات السلوكية والاضطرابات بين الأطفال في الأسر المهاجرة - على سبيل المثال - قد يكون بسبب عدم تقبل الطفل معايير

أسرتـه الخاصـة ، تلك المعـايير التي تتعـارض أو تختلف مع معـايير المجتمع الجديد الذي وفدت إليه الأسرة .

تدريب القـدرة على توكيـد الـذات(٩) والتعبيـر الطليق عن المشاعر(١٠)

يُستخدم هـذا الأسلوب ـ عادة ـ لعلاج حالات القلق النـاتجة عند بعض الأطفال بسبب الخضـوع والسلبية ، أو العجز عـن التعبير بحرية عن المشـاعر في المواقف الاجتماعيـة التي تتطلب الفاعليـة فيهـا ذلك . ولهذا يستخدم هـذا الأسلوب لتحقيق ثلاثة أهداف هي :

أ ـ تدريب الطفل على الاستجابـات الاجتماعية الملائمة بما فيها التحكم في نبرات الصـوت ، واستخـدام الإشـارات ، والاحتكـاك البصري الملائم .

ب ـ تدريب القدرة على التعبير الملائم عما يشعر به الطفل فيما عدا التعبير عن القلـق (Wolpe; 1959) ، أي التعبير الحر عن المشاعـر والأفكار بحسب متطلبـات الموقف بما في ذلك تدريب القـدرة على الاستجابـة بـالغضب ، أو بـالإعجـاب والـود ، أو بـالتراضي ، أو غير ذلك من مشاعر تتطلبها المواقف .

جـ ـ تدريب الطفـل على الدفاع عـن حقوقه دون أن يتحـول إلى شخص عدواني أو مندفع ، وتأخذ خطط تدريب هذه القدرة مسارات متعددة منها :

١ ـ التدريب بدقة على التمييز بين العدوان (أو التحدي) وتأكيد الذات .

٢ ـ تـدريب الطفـل على التمييـز بين الانصياع (أو الخضـوع) وتأكيد

الذات.

٣ ـ استعراض نماذج لمواقف مختلفة تظهر كفاءة استخدامات هذه القدرة وكيفية اكتسابها وطرق التعبير عنها.

٤ ـ تدريب الطفل على تشكيل سلوكه تدريجيا حتى يصل إلى المستويات المرغوب فيها من التعبير عن هذه القدرة.

٥ ـ التدعيم الإيجابي لمظاهر السلوك الدالة على تأكيد الذات عند الطفل ولفت نظره إليها على أنها شيء جيد ومرغوب فيه.

٦ ـ علاج المخاوف الاجتماعية والاستجابات العدوانية والعدائية بسبب تدخلها في تعويق ظهور السلوك التأكيدي.

٧ ـ تشجيع الطفل على تدعيم التغيرات الإيجابية التي اكتسبها تحت إشراف المعالجين أو البالغين بترجمتها في المواقف الخارجية الحية[١١] (Herbort, 1987).

وعادة مايسبق هذا التعميم تدريب الطفل على لعب الأدوار الملائمة، فمن خلال ممارسة لعب الأدوار يمكن للمعالج أن يستحضر المواقف قبل حدوثها، ومن ثم يمكن له أن يصحح سلوك الطفل ويدربه على المهارات الاجتماعية الملائمة لهذه المواقف، بحيث تزداد ثقة الطفل في قدرته على التعامل فيما بعد مع هذه المواقف عندما تحدث.

ولتدريب هذه القدرة عادة مايوجه المعالجون السلوكيون انتباههم إلى الجوانب اللفظية والجوانب غير اللفظية.

فمن حيث السلوك اللفظي يتم الانتباه إلى جوانب التعبير اللفظي المختلفة التي من شأنها أن تدل على تزايد هذه القدرة، فمثلا:

١ ـ أن تكون العبارة مباشرة وفي صلب الموضوع .

٢ ـ أن تكون حازمة ولكن غير عدائية أو متغطرسة .

٣ ـ أن تكشف العبارات المستخدمة عن احترام وتقدير للشخص الآخر الداخل في عملية التفاعل ، ومعرفة بحقوقه .

٤ ـ أن تعكس اللغة المستخدمة هدف المتحدث تماما ودون لف .

٥ ـ ألا تترك مجالا لتصعيد الخلاف .

٦ ـ إذا تضمنت العبارة بعض التوضيح ، فيجب أن يكون التوضيح قصيرا بدلا من أن يكون سلسلة من الاعتذارات والتبريرات .

٧ ـ أن يبتعد محتوى الكلام عن لوم الشخص الآخر أو توجيه الاتهام له .

أما من حيث جوانب السلوك غير اللفظي ، فمن المهم تدريب الطفل على مايأتي :

١ ـ الاحتكاك البصري الملائم .

٢ ـ المحافظة على مستوى صوت معتدل لا خافت ولا زاعق .

٣ ـ التدريب على نطق العبارات دون لجلجة ودون كثير من التوقفات .

٤ ـ المحافظة على وضع بدني يتسم بالثقة ، ويبتعد عن العصبية ، والحركات اللا إرادية ، أو الابتسامات غير الملائمة . . إلخ .

(Herpert, 1987; Lang & Jackoon, 1976) .

لعب الأدوار[١٢] و«البروفات»[١٣] السلوكية :

يمثل لعب الأدوار منهجا آخر من مناهج التعلم الاجتماعي ، يدرب

بمقتضاه الطفل على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها ولإجراء هذا الأسلوب يطلب المعالج من الطفل الذي يشكو من الخجل مثلا أن يؤدي دورا مخالفا لشخصيته أو أن يقوم مثلا بأداء دور طفل عدواني أو جريء. وأحيانا يتم تطبيق هذا الأسلوب بتشجيع الطفل على تبادل الأدوار، وهي طريقة يستخدمها أحد مؤلفي هذا الكتاب (ع. إبراهيم) في تدريب المهارات الاجتماعية. وبمقتضى هذا الأسلوب نطلب من الطفل أن يؤدي الدور ونقيضه، أي أن ينتقل من القيام بدور الخجول، إلى دور الجريء، أو من دور الغاضب إلى المعجب والشاكر والمادح لسلوك طفل آخر.

وتدلل تقارير البحوث المجتمعة على فاعلية هذا الدور بأنه بالفعل يمثل طريقة ناجحة وفعالة في التدريب على أداء كثير من المهارات الاجتماعية، وأنه يزيد من فاعلية الأطفال على التفاعل الاجتماعي، وأنه يمثل طريقة جيدة لتحرير الطفل من القلق الذي يتعرض له في المواقف الحية.

ويوضح أرجايل (Argyle, 1984) أن هناك أربع مراحل على المعالج أن يتقنها لكي يستفيد من هذا الأسلوب استفادة فعالة:

١ ـ عرض السلوك المطلوب تعلمه أو التدريب عليه واكتسابه من قبل المعالج أو من خلال نماذج تليفزيونية مرئية أو تسجيلات صوتية.

٢ ـ تشجيع الطفل على أداء الدور مع المعالج أو مساعده، أو مع طفل آخر، أو مع دمى أو عرائس.

٣ ـ تصحيح الأداء، وتوجيه انتباه الطفل لجوانب القصور فيه، وتدعيم الجوانب الصحيحة منه.

٤ ـ إعادة الأداء وتكراره إلى أن يتبين للمعالج إتقان الطفل له.

٥ ـ الممارسة الفعلية في مواقف حية لتعلم الخبرة الجديدة.

وعلى وجه العموم، فإن ممارسة السلوك قبل الدخول في العلاقات الاجتماعية من خلال لعب الأدوار الملائمة، والإكثار من هذه الممارسة، والتنويع منها بحيث تشتمل على مواقف متنوعة، ستمد الطفل برصيد هائل من المعلومات النفسية الملائمة عندما يواجه المواقف التي تتطلب منه ثقة بالنفس. ومثل هذا الطفل سيجد نفسه أكثر قدرة على الانطلاق بإمكاناته إلى آفاق انفعالية واجتماعية أكثر خصوبة وامتدادا مما كانت عليه من قبل. والنتائج في عمومها تبين ـ فضلا عن هذا ـ أن الأطفال الذين يتعالجون باستخدام هذه الأساليب عادة مايتفوقون بعد علاجهم حتى على الأطفال العاديين ممن لم يتلقوا مثل هذه التدريبات.

الخلاصة

يدرك العلماء اليوم أن كثيرا من جوانب الاضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق يكتسبها الطفل بتأثير من الآخرين وملاحظته لهم، وتفاعله معهم. وبالمنطق نفسه أصبح الآن من الممكن تحقيق تغيرات علاجية هائلة في سلوك الأطفال من خلال إكسابهم بعض المهارات الاجتماعية في التفاعل مع الآخرين ومن خلال القدوة والمحاكاة للسلوك الاجتماعي الفعال. وقد ركزنا في هذا الفصل على شرح طرق التعديل السلوكي المستخدمة في تدريب الأطفال على اكتساب المهارات الاجتماعية. . كالتعلم بالقدوة، وتدريب القدرة على تأكيد الذات، ولعب الأدوار.

وقد تبين على وجه العموم أن ملاحظة السلوك الإيجابي في الآخرين، أو التدرب على ممارسة هذا السلوك مثل الدخول في العلاقات الاجتماعية تمد الطفل برصيد هائل من المعلومات والمهارات التي تساعده على اكتساب المهارة والنجاح والتوافق. وقد ركزنا على شرح تفاصيل هذه الأساليب وكيفية إجرائها.

الفصل الثامن

تعديل أخطاء التفكير

لا يمكن في الحقيقة عزل اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم السلوكية عن الطريقة التي يفكرون بها، وعما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التي يتفاعلون معها. فالاضطرابات النفسية على وجه العموم بما فيها اضطرابات الطفل تعتبر، من وجهة نظر المعالج السلوكي ـ المعرفي، نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه وعن العالم.
(Beck et al., 1978; Ellis, 1977; Freeman & Davis, 1991; Herbert, 1987; Meichenbaum, 1977)

وتبين ملاحظات أخرى أن ما يردده الطفل من أقوال لنفسه عندما يواجه المواقف هو مصدر رئيسي من مصادر الاضطراب. ولذلك يركز المعالج السلوكي ـ المعرفي أكثر من زملائه الآخرين على علاج أساليب إدراك الطفل واتجاهه نحو المواقف أكثر من تركيزه على تحليل المواقف الخارجية . (Meichenbaum, 1977)

المصادر المعرفية المرتبطة بالاضطراب النفسي عند الطفل :

يمكن تحديد أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي يرتبط ظهورها باضطرابات الطفولة وهي :

١ ـ نقص المعلومات وقصور الخبرة، والسذاجة في حل المشكلات .

٢ ـ أساليب التفكير وما تنطوي عليه من أخطاء كالتعميم والتطرف .

٣ ـ ما يحمله الطفل من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها .

٤ ـ التوقعات السلبية .

١ ـ نقص المعلومات والخبرة :

إن جزءا كبيرا من الأخطاء التي يرتكبها الطفل قد تكون نتيجة مباشرة لجهله بالطرق الصحيحة في التصرف أو التفكير، ومن ثم يجب علينا ألا ننسى عند تعاملنا مع الطفل أن مايصدر عنه من مشكلات هو في واقع الأمر نتيجة لقصور في فرص التعلم والممارسة والتفاعل في جوانب مختلفة من الحياة .

ولهذا يتطلب العلاج المعرفي للطفل في بعض مراحله التركيز على التربية المباشرة بإعطاء الطفل معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية السلوك السليم وما تتطلبه التفاعلات الناضجة من شروط . ويفضل «إليس» (Ellis, 1966) أن نعلم أطفالنا ، من خلال التربية المباشرة والمفصلة ، كيفية مواجهة المخاوف وكيفية التغلب على الأخطاء بدلا من الحكم على مخاوف الطفل بأنها غير حقيقية أو حمقاء .

ومن هذا المنطلق تمكن «أزرين» و«نان» (Azrin & Nunn, 1977) من أن يعالجا صعوبات الكلام والتعثر في نطق بعض الحروف من خلال تدريب الأطفال مباشرة على نطق الكلمات التي تحتوي على الحروف التي يتعثر الطفل في نطقها ، مع التدريب خلال عملية النطق على التنفس المنتظم والقراءة بصوت عالٍ .

واعتمادا على هذا التصور يمكن أيضا النظر إلى مشكلات الطفل الانفعالية

ـ كالقلق والاكتئاب ـ على أنها نتيجة مباشرة للعجز عن اكتساب أو تعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية (D'Zurilla & Goldfried, 1971) . ونجد لهذا اهتماما واضحا بين علماء العلاج السلوكي ـ المعرفي لابتكار مناهج علاجية تقوم على تدريب الطفل وتعليمه مباشرة الأساليب الفعالة في حل المشكلات[1] كما سنرى فيما بعد.

٢ ـ المعتقدات وأخطاء التفكير:

ثمة عدد آخر من الاضطرابات يتطور لدى الطفل بسبب ما يحمله من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين وعن المواقف التي يتفاعل معها. فالعدوان أو الاندفاع في التصرف عند الطفل، مثلا، قد لا يكون بالضرورة نتيجة مباشرة لاضطراب عضوي أو مواقف بيئية، ولكن قد يكون أحيانا انعكاسا لتفسير الطفل للمواقف الخارجية على أنها مهددة ومحبطة متأثرا بإدراكه لها (Kazdin, 1990).

ويصوغ بيك (Beck, 1967) نظرية متكاملة يفسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية ـ وعلى وجه الخصوص الاكتئاب ـ في ضوء المعتقدات أو الآراء السلبية التي يحملها المريض عن النفس والعالم والمستقبل. ومن رأيه أن الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليائسة أو المكتئبة أو الانهزامية من خلال التحامها بهذا الأسلوب. فتبني مثل هذا الاعتقاد يؤدي إلى تشويه إدراك الواقع بشكل سلبي، ثم تأتي بعد ذلك الاستجابة الانفعالية أو السلوكية اليائسة، والتي نسميها اكتئابا. وبعبارة أخرى فإن المواقف المحايدة أو الغامضة تكتسب دلالتها ومعناها من خلال ما نعتقده بشأنها ومن خلال قدراتنا على مواجهتها (Beck, 1967. Beck, et. al., 1979; Kaslow & Arcusin, 1990).

٣ ـ التوقعات السلبية [٢]:

تلازم حالات الاضطراب ـ كالاكتئاب ـ توقعات أو أحداث سلبية أو مهينة للمرضى، مما يجعلهم يعتقدون أنه لن يكون بمقدورهم تجنب حدوث هذه الأحداث. فعندما يتوقع الشخص أن شيئا ماسيحدث ولن يكون بإمكانه تغييره أو تغيير نتائجه يبرز الاكتئاب كمجموعة من الاستجابات المصاحبة لهذه التوقعات، ويفسر هذا التصور انخفاض مستوى الدافعية وكذلك انخفاض العمل النشط الإيجابي على حل المشكلة كخاصية رئيسية من خصائص الاكتئاب.

وتبين بحوث «سيليجمان» (Seligman, 1977) أنَّ الاكتئاب لدى الطفل يعبر عن نفس هذه المعاني فالأطفال المكتئبون يكشفون عن قصور شديد في حل المشكلات العقلية والاجتماعية بالرغم من أن ذكاءهم قد يكون مرتفعا أكثر من غيرهم. وقد اقترح «سيليجمان» مفهوم العجز المكتسب[٣] كخاصية رئيسية من خصائص الاكتئاب عند الإنسان العادي البالغ والطفل وحتى الحيوان. وفي إحدى تجاربه وضع كلبا في صندوق مكهرب لا يمكنه الهرب منه، فكان الكلب في البداية يظهر علامات الانزعاج بما فيها العواء والنشاط الشديد للهرب من الصندوق (وكأنه قد أصيب بحالة جزع[٤] وخوف مرضي). لكن عندما استمرت الصدمات الكهربائية، استسلم الكلب في قاع الصندوق في حالة يائسة. ومن الطريف أن الكلب لم يبد أي محاولة للهرب من هذا الموقف إلى صندوق مجاور حتى عندما اتيحت له الفرصة. كما أنه عزف عن تناول الطعام وأصابه الهزال وكأنه قد أصيب بحالة اكتئاب شديد. لقد أثبت المجرب هنا أن الاكتئاب يمكن أن يكون نتيجة مباشرة للعجز عن إيقاف الألم أو ضبطه مما أدى إلى تقاعسه وعجزه عن التخلص من هذه البيئة المؤلمة حتى بعد أن تتوافر له الفرصة لتحقيق ذلك.

ولعلاج الاكتئاب المكتسب بهذه الطريقة يقترح «سيليجمان» مفهوم الأمل المكتسب(٥) الذي يمكن اكتسابه وفق خطة مماثلة. ففي تجارب «سيليجمان» التي أشرنا إليها بدأت الكلاب تنشط في الهرب من البيئة المؤلمة عندما قام المجرب عمدا بنقلها من الصناديق المكهربة إلى الصناديق الأخرى المجاورة عددا من المرات. وبعبارة أخرى فقد تكوّن لديها الأمل من جديد (من خلال محاولة الهرب وتجدد مصادر الأمل في البيئة) عندما تعمد المجرب نفسه تشجيعها على ذلك.

وتماشيا مع هذه النتيجة يمكن القول إن إصابة الطفل بالاكتئاب هي تعبير مباشر عن سلسلة من الأخطاء الاجتماعية في حقه مما يجعله يتجه لتبني أسلوب العجز المكتسب فيعتريه التشاؤم ويلازمه فقدان الثقة بالنفس والعجز عن تطوير نفسه بالإمكانات المتوافرة لديه فعلا.

وسيكون من الصعب علاج مثل هؤلاء الأطفال من اضطراباتهم دون أن تتولى البيئة عامدة متعمدة استبدال عجزهم المكتسب بالأمل المكتسب من خلال وضعهم في تجارب ناجحة وفي مواقف مضمونة الفوز، إلى أن تتشكل لديهم توقعات إيجابية وأمل جديد.

٤ ـ الأسلوب المعرفي:

من المعروف أن بعض أنواع الاضطراب النفسي لدى بعض البالغين والأطفال على السواء عادة ماتكون مصحوبة بخصائص فكرية في الشخص كالمبالغة والتهويل وتوقع الشر. فالاضطراب يلتحم بطرق خاطئة من التفكير.

ومن الممكن حصر الأساليب المعرفية الخاطئة والتي من شأنها أن تؤدي إلى الاضطراب وتدعمه في عدد من النقاط التي أمكن لنا حصرها بالاعتماد على ما

أمدتنا به المصادر الرئيسية المنشورة في العلاج السلوكي المعرفي فيما يأتي:

(E. g., Bandura, 1969; Beck, 1979; Ellis, 1968, 1977 ; Freeman & Davis, 1991; Freeman & Zaken - Greenburg, 1988; Meichenbaum, 1977).

١ ـ التعميم السلبي الشديد: كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة أو حمقاء.

٢ ـ التوقعات الكوارثية: مثال الطفل الذي يتجنب الدخول في مواقف خوفا من أن يرتكب خطأ قد يراه على أنه كارثة له أو لأسرته أو لسمعته.

٣ ـ الكل أو لا شيء: يتصرف الطفل باضطراب إذا كانت تصوراته للأمور قائمة إما على النجاح الكامل أو الفشل الذريع. التطرف هنا تصحبه عادة مشاعر شديدة بالإحباط أو القلق الحاد عندما يتعرض الطفل لأي إحباط أو توتر مهما كان تافها.

٤ ـ قراءة أفكار الآخرين سلبيا: فالطفل الذي يردد بينه وبين نفسه، عندما يوشك على الدخول في تفاعلات اجتماعية، عبارات مثل: «سيجعلونني موضوعا لسخريتهم إذا لم أفعل ذلك» أو «إنهم يظنون بأني أقل منهم» أو «أعتقد أنهم يضحكون عليّ الآن»، مثل هذا الطفل سيكون من السهل عليه أن ينزلق في كثير من أنواع الاضطراب والانحراف بما فيها تعاطي مواد ضارة، أو العدوان، أو القلق الاجتماعي والانسحاب.

٥ ـ المقارنة: ستتأثر كثير من الوظائف الاجتماعية والعقلية، وتتعطل قدرة الطفل على النشاط والدافعية، (مما يجعله عرضة للاضطراب الانفعالي كالاكتئاب أو القلق) إذا كان من النوع الذي يسرف في استخدام عبارات مثل: «إنهم أكثر قدرة مني»، «إن هناك شيئا ما خاطئا فيّ بالمقارنة بهم»، «إنني لست كذا مثله».

٦ ـ تجريد إيجابيات الشخصية من مزاياها : «إنني لا أستحق هذا الإطراء»، «إنني لا أستحق هذه الدرجات العالية»، «هذا الاهتمام نوع من العطف فلا يوجد فيّ أو في شخصيتي شيء يستحق ذلك».

٧ ـ التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية : فالطفل الذي يفسر سلوك الآخرين تفسيرا انفعاليا، سيجد نفسه عاجزا عن التفاعل الاجتماعي الفعال، وسيجد نفسه غالبا عرضة لكثير من المخاوف الاجتماعية والوساوس والاضطرابات العضوية. ومن ثم فإن مهمة المعالج السلوكي ـ المعرفي في هذه الحالات تجنيب الطفل أفكارا مثل : «التراجع عن الرأي معناه ضعف»، «القبول بالنصيحة امتهان للكرامة».

٨ ـ تحميل الشخصية مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل : توضح لنا ملاحظات المعالجين السلوكيين أن الاضطرابات النفسية ـ بين البالغين والأطفال ـ تتميز في بعض الحالات بتفكير ينسب الشخص بمقتضاه فشل أشخاص أو جماعات خارجية إلى نفسه. مثلا «فشل هذه المجموعة في المسابقة كان بسببي وبسبب كسلي».

٩ ـ الاتجاهات الكمالية ـ المطلقة : فالطفل الذي يجد نفسه ـ ربما نتيجة لتربية خاطئة ـ يفكر في الأمور بطريقة كمالية مطلقة، يصبح كشخص يسبح في محيط ليست له معالم محددة، أو كجواد يعدو في خطوط لا نهاية لها. ولذلك يحذر المعالجون من هذه العبارات التي تنتشر بين المضطربين : «يجب ألا يكون فيَّ أو في عملي أي ثغرة أو خطأ»، «يجب ألا أترك بالمرة أي شيء للصدفة»، «إنني لو نقصت درجة واحدة فستكون علامة على فشل كل ما فعلت». والتفكير الكمالي يختلف عن التفكير الإكمالي، فلا بأس بالطبع أن يكمل الإنسان عمله بأحسن صورة ممكنة، وفي أوقات ملائمة.

إلا أن المشكلة التي تثير قلق الإخصائيين النفسيين تكمن في أن يتحول هذا الاتجاه في التفكير إلى مصدر للاضطـراب والجزع بسبب جوانب نقص غير معلومة، ومخاوف من العجز عن الوصول إلى كمال ليس له وجود فعلي.

١٠ - إطـلاقا وحتما: تنتشر في عبـارات الأطفال في حـالات القلق والاكتئاب عبارات تدل على استخدام الحتميـات كأسلوب من أساليب التفكير. خذ على سبيل المثـال هذه العبارات: «لن أزوره ولـن أتصل به إلا إذا بـدأ هو ذلك»، «يجب أن أكـون محبـوبـا من الجميع»، «مستحيل عليَّ أن أحتمل نقده»، «لن أسمح لنفسي إطـلاقا أن أوجد حيث يوجد». إن تـرديد مثل هذه العبارات وإيمان الطفل بمحتواها سيحجم كثيرا من جوانب الفاعلية في سلوكه الاجتماعي والشخصي، وسيجعله عرضة لانفعالات الغضب وما يرتبط بها من اضطرابات العدوان، أو الانسحاب والتجنب وما يرتبط بهما من اضطرابات القلق الاجتماعي والاكتئاب.

١١ - ربط الاحترام الشخصي وتقـدير الطفل لنفسه بعوامل خـارجية: ويتميز هـذا التفكير بترديد عبـارات تتضمن ضرورة وجود عـوامل خارجيـة لكي يشعر الطفـل بقيمته، مثلا: «إذا لم يتصـل بي أحد، أو لم يدعنـي زملائي لهذا الحفل فأنا شخص باهت».

إن مـا شرحناه هنـا يمثل أهم الأساليب المعـرفية التي يمكن للمعـالج أن يتابعها ويحددهـا عند التعامل مع اضطرابات الطفل. وإحساسـا بأهمية هذه العوامل المعرفية مجتمعة في نمو اضطرابات الطفولة وفهمها، فقد أمكن للعلماء أن يطوعوا بعض الأساليب الفنية بهدف التعـديل من العوامل المعرفية السائدة في الاضطــراب النفسي ونـوضح فيما يلي بعـض هـذه الأســاليب مع أمثلــة لتطبيقاتها واستخداماتها العلاجية.

الأساليب المستخدمة في تعديل أخطاء التفكير

١ ـ التوجيه المباشر والتربية وإعطاء المعلومات الدقيقة عن موضوعات التهديد والخوف :

يلعب المعالج هنا دورا شبيها بدور المدرس الماهر الذي يلقن تلميذه أساليب جيدة للحفظ والتذكر وحل المسائل العلمية، لكن مع فرق واحد وهو أن ما يعلّمه المعالج النفسي للمريض يرتبط بقدراته على حل المشكلات النفسية ومواجهة المواقف الصعبة . ويمتد هذا الأسلوب ليشمل العناصر الآتية :

أ ـ إعطاء معلومات دقيقة عن موضوعات الخوف والتهديد من أجل أن يكتشف الطفل أن مخاوفه غير موضوعية .

ب ـ تربية الطفل وتدريبه على مواجهة المواقف المعقدة: كيف يهرب من الخطر مثلا؟ كيف يستغيث بالناس في مواقف الخطر؟ كيف يستخدم التليفون؟

جـ ـ تدريب الطفل على بعض النشاطات الاجتماعية التي تعمل على تحسين وتنمية علاقاته بالآخرين. فالانسحاب الاجتماعي والانزواء لدى طفل معين قد يكونان نتيجة مباشرة لعدم إتقانه بعض المهارات الاجتماعية بما فيها من ألعاب أو مهارة في التحدث، ولهذا فمن المطالب الرئيسية لزيادة الفاعلية الاجتماعية للطفل، أن ندربه على إتقان بعض الألعاب الشائعة ككرة القدم أو السلة، أو الشطرنج لأنها تحوله لعضو حيوي في جماعات خارجية .

د ـ التدريب المباشر وإعطاء معلومات موضوعية عن مظاهر قلقه ومخاوفه واضطرابه حتى يمكن من التعرف إلى مصادرها ويستبق حدوثها، ويقيس مدى تفوقه في علاجها. ونجد من ناحيتنا أن إعطاء معلومات ـ مثلا ـ عن

الاستجابات الفسيولوجية ـ بما فيها تزايد دقات القلب وشحوب الوجه وغيرها من النشاطات الاستثارية ـ في حالات القلق والاضطرابات المرتبطة به قد يكون ذا فائدة عظيمة للطفل. فهي من ناحية تنبهه إلى الإحساسات العضوية في المواقف الانفعالية، وتعود من ناحية أخرى قدراته ضبط هذه الإحساسات والتحكم فيها من خلال الاسترخاء كوسيلة من وسائل العلاج.

٢ ـ الحوارات مع النفس (المونولوج):

يبين «مايكنباوم» (Meichenbaum, 1977) أن من أنجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة أن ننبه الطفل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه بعض المواقف المهددة. إن الاضطراب الذي يصيب الطفل (بما في ذلك الخوف الشديد، والقلق، والاندفاع، والعدوان في المواقف التي يواجهها، اجتماعية كانت أو دراسية)، يعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه، ومع ما تقنع به ذاته من أفكار أو حوادث. ويقيم «مايكنباوم» شهرته في مجال العلاج المعرفي على نجاحه في ابتكار وسائل أمكنه من خلالها أن يحدد أنواع هذه العبارات وما تثيره من استجابات انفعالية مهددة، وعلى استبدالها بأفكار أو عبارات أو تعليمات وإرشادات يرددها الطفل خلال تعامله مع هذه المواقف.

ويرى «هربرت» (Herbert, 1987) أن الحوار مع النفس عند أداء نشاط معين من شأنه أن ينبه الطفل إلى تأثير أفكاره السلبية في سلوكه. ويقترح منهجا كاملا يمكن للمعالج من خلاله أن يطلب من الطفل أن يعيد ويردد عبارات مضادة للفكرة الخاطئة مثل: «توقف».. «فكر قبل أن تجيب».. «سأعد لعشرة قبل أن استجيب». وبالتدريج يمكن للمعالج أن ينتقل بالطفل إلى ترديد تعليمات ذاتية أكثر تعقيدا من ذلك.



شكل رقم ١٧ : هناك ما يثبت أن الاضطرابات التي تصيب الأطفال بما فيها الخوف الاجتماعي والقلق وتجنب الاحتكاك بالآخرين والعداوة ، تعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل من أفكار أو حوارات ذاتية . ومن ثم يبين «مايكنباوم» أن من أنجح الوسائل لمعالجة المشكلات الانفعالية والتغلب عليها تدريب الطفل على التنبه للأخطاء أو التصورات الخاطئة بما فيها فكرته عن نفسه أو فكرة الآخرين عنه .

٣ ـ الوعي بالذات ومراقبتها :

ويتضمن هذا الأسلوب تمكين الطفل من مشاهدة نفسه من خلال مرآة أو كاميرات تصوير (فيديو) وهو يتصرف في مواقف اجتماعية مختلفة . وبهذه الطريقة يستطيع الطفل أن يطور قدرته على ضبط ذاته وتصرفاته من خلال مراقبته لنفسه . ولهذا الأسلوب قيمة أخرى ، فهو يطلع الطفل مباشرة على الكيفية التي يدركه بها الآخرون . لكن نظرا لأن إعادة المشاهد قد تكون لها نتائج انفعالية سيئة عند البعض ، فإنه يجب الحذر الشديد عند استخدام هذه الطريقة ، مع العمل على الانتقاء الجيد للمشاهد التي تكون لها قيمة علاجية ، وكذلك تجنب المشاهد التي يعلم المعالج أن الطفل سيكون حساسا تجاهها (Herbert, 1987) .

٤ ـ تخيل النتائج[٦]

يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على تخيّل الموقف المهدد الذي حدث وأن يصف مايراه من انطباعات ذهنية ، وأن يتحدث عن مشاعره والتغيرات الفسيولوجية التي تعتريه ، وما يصحبها من أفكار وحوارات ذهنية . ومن خلال ذلك ، يساعد المعالج الطفل على استنتاج نوع الفكرة العقلانية التي يميل الطفل عادة إلى تكرارها ، حتى يمكن إخضاعها بعد ذلك للتعديل . فإذا حدث وتبين للمعالج أن أفكار الطفل هي بالفعل أفكار صحيحة وعقلانية وملائمة لتحليل الموقف ، فإنه يوجه جهده لأساليب علاجية أخرى (غير معرفية) كالاسترخاء أو مهارات التكيف[٢]

٥ ـ استخدام أسلوب التشبع بالفكرة الخاطئة :

يتطلب هذا الأسلوب حث الطفل ، بعد تحديد الفكرة أو مجموعة الأفكار المسؤولة عن اضطرابه ، على أن يعيشها بكل قوة وأن يتصور أقصى مايمكن أن

تؤدي إليه من نتائج. والهدف من ذلك ليس أن تستخف بالطفل أو توضح له سخافة أفكاره، لكن الهدف هو الوصول به إلى إدراك أن التفكير في الأشياء قد يكون أسوأ من الأشياء ذاتها، وأن الخوف من الأشياء وتجنبها قد يزيد من سوئها. ويفضل المعالجون استخدام هذا الأسلوب مع الطفل بعد توطيد العلاقة العلاجية معه.

٦ ـ توليد البدائل واستكشاف الإمكانات المختلفة للحل:

يؤدي الاستغراق الانفعالي الشديد في المشكلة بالطفل أحيانا إلى أن يظن أنه لن تكون لديه بدائل لما سيخسر، أو لما سيحدث من نتائج سيئة. ولهذا يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على إفراز أكبر قدر ممكن من الحلول.

ويمكن بموجب هذه الطريقة، مثلا، أن يتخيل الطفل صديقا له جاءه يطلب نصيحته في مشكلة عارضة (هي مشكلة الطفل نفسها)، وأن يحاول أن يعطيه أكبر عدد ممكن من الحلول، ويوجه انتباهه بعدئذ إلى مناسبة تطبيق هذه الحلول على مشكلته، وإلى تدعيم هذا الأسلوب من التفكير عندما تعرض له مشكلات أخرى.

٧ ـ التقليل من أهمية بعض الأهداف التي يسعى لها الطفل:

إن الطفل الذي يشعر ـ مثلا ـ أن حب الجميع مطلب ضروري وحتمي من مطالب السعادة والرضا عن النفس، قد يدخل نتيجة لهذا في المواقف الاجتماعية وهو غير قادر على توكيد قدراته العقلية والحيوية. فقد يعزف ـ نتيجة لحرصه الشديد على أن يحظى بحب الجميع ـ عن توكيد نفسه، ويتأخر عندما يتطلب الموقف إبراز مكاسبه أو إنجازاته، أو يصر على الاقتراب من آخرين أو البقاء معهم في مواقف مكروهة. وبمساعدة الطفل على التقليل من أهمية هذا الهدف: «حب الجميع ضرورة حتمية»، سنمكنه من تطوير قدرته

على تحمل الرفض، والقدرة على توكيد الذات وغيرها من الخصائص المرتبطة بالصحة.

٨ ـ لعب الأدوار:

إذا تأتى للطفل أن يعبر عن اتجاه جديد، أو معتقد عقلاني ومناسب، وإذا تأتى له أن يعيد ويكرر ذلك، فإن الاتجاه الجديد سيتحول في الغالب إلى خاصية دائمة. ومن المعروف أن التغير الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى استباق حدوث الأشياء قبل وقوعها. فالطفل ـ من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى اضطرابه ـ سيتمكن من أن يستبق ـ من خلال التفكير في هذه المواقف ـ التغير أو السلوك الذي سيحدث. ومن ثم فهو سيدخل المواقف الحية بثقة أكبر. فضلا عن هذا، فإن المشاعر الإيجابية التي تسيطر على الطفل بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية ملائمة ستطلعه بشكل مباشر على المقولة الرئيسية في العلاج المعرفي وهي أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل مخيف أو مقلق عادة مايكون أسوأ من الأشياء ذاتها، وأن الاضطراب يتولد من التفكير في الأمور أكثر مما يتولد من تلك الأمور ذاتها. كما أن لعب الأدوار ـ من جهة ثالثة ـ يساعد الطفل على تعلم ـ ومباشرة ـ المهارات الاجتماعية المصاحبة للدور كما سبق وأن تحدثنا.

٩ ـ الواجبات المنزلية والخارجية:

لكي نمكن الطفل من أن يعمم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في العيادة مع معالجيه، ولكي نساعده على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحية، ولكي نقوي وندعم أفكاره أو معتقداته الصحية الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الأعمال أو المجازفات الخارجية. وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية.

فإذا كان الهدف من العلاج ــ مثلاً ــ هو تدريب مهاراتـه الاجتماعية، فإننا قـد نطلب منـه أن يقـوم خـلال الفترة السابقـة على الجلسـة القـادمـة بعمل اتصالات هـاتفية بأصدقـائه، أو أن يبادر زملاءه بالتحيـة، أو أن يتدرب على جمع أسئلة حول موضوع معين ويطرح هذه الأسئلة على مدرسيه أو زملائه وأن يقوم بطريقة تلقائية بالتقرب والتعرف على الغرباء.

وبشكل عام قد تكون الواجبات المنزلية معرفية أو سلوكية، كأن نطلب منه أن يدخل في سلسلة من المواقف ثم يوجه إلى أن يتصرف نحوها بطريقة مغايرة لطرقه السلوكيـة السابقة والعصابية. ويمكن أن تكون معـرفية كأن نطلب منه أن يمارس بعض المهـارات المعرفيـة مثل ممـارسـة الإصغاء الإيجابي واستخـدام عبارات ذات محتويات انفعالية متنوعة عند التفاعل مع الآخرين.

كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية حتي تكـون منـاسبـة لعـلاج المشكلة ولترتبـط بالأهـداف القـريبـة والبعيـدة للعلاج.

الخلاصة

لم يعد مقبولا اليوم أن نعالج اضطرابات الطفل ومشكلاته دون محاولة لعلاج طريقة تفكير الطفل في الأمور، واتجاهاته نحو نفسه ونحو المواقف التي يتفاعل معها. فالاضطراب النفسي يعتبر من وجهة النظر الحديثة في العلاج السلوكي نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص، ولما يحمله من آراء ومعتقدات شخصية. ويشرح لنا هذا الفصل بعض الأساليب التي يستخدمها المعالجون السلوكيون لتعديل أخطاء التفكير بما فيها: التربية المباشرة، وتعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية وتعديل الأساليب الفكرية المثيرة للانفعالات والقلق، وتعديل الحوارات مع النفس، ومراقبة الذات وعقابها أو مكافأتها عند ظهور أنماط معينة من التفكير.

الفصل التاسع

المساندة الوجدانية مع الطفل

منهج التعليم الملطف[1]

برزت في السنوات الأخيرة حركة جديدة في العلاج يراها أصحابها (Mcgeee, Menolascino, Hobbs, & Menousek, 1987) بديلا للعلاجات السلوكية التقليدية في مجال التعامل مع المشكلات النفسية والسلوكية بين المتخلفين عقليا والمضطربين. ويطلق أصحاب هذه الحركة عليها اسم التعليم الملطف.

وبالرغم من بعض الاختلافات الرئيسية بين التعليم الملطف والعلاج السلوكي، فإن هناك نقاط تماثل تجعل أوجه الشبه بينهما أكثر من أوجه الاختلاف. فالتعليم الملطف ـ مثله في ذلك مثل العلاج السلوكي ـ يبدأ بتحديد المشكلة تحديدا نوعيا ويرسم أهدافا مسبقة للعلاج، ويستخدم كثيرا من الأساليب الشائعة في العلاج السلوكي كالتدعيم والتجاهل. ومن ثم فإننا نراه مكملا ـ وليس بديلا ـ عن العلاج السلوكي. لكن التعليم الملطف يختلف عن المناهج السلوكية التقليدية في جوانب منها:

١ ـ أنه يرفض استخدام العقاب تماما ويتجنب استخدام الأساليب التنفيرية في تعديل السلوك بما في ذلك كل أشكال العقاب كتكاليف الاستجابة والإبعاد المؤقت.

٢ ـ يرفض عملية الضبط والتحكم كهدف من الأهداف العلاجية. ويبشر بأن

أهداف العلاج يجب أن تكون متجهة لتكوين رابطة وجدانية بين المريض والقوة المعالجة.

٣ ـ يتبنى فلسفة ديمقراطية في مقابل الفلسفة التسلطية (التي يرى أصحاب التعليم الملطف أنها تميز حركة العلاج السلوكي).

بعبارة أخرى فعملية العلاج في ضوء هذا المنهج تتجه إلى تكوين صلات وجدانية قوية بالمريض، وتتبنى وجهة نظر تربوية نحو مشكلاته، وتركز على التبادل والأخذ والعطاء بين الطفل والمعالج خلال عملية العلاج.

٤ ـ يراعي العلاج الملطف الجوانب الوجدانية ويجعل لها موقعا قويا في أي خطة علاجية بما في ذلك التركيز على الحب والتقبل والتسامح والدفء واحترام المريض، وذلك كما سنري تفصيلا فيما يلي:

الفلسفة العامة للعلاج الملطف:

(١) كل التفاعلات الإنسانية ـ ناجحة أو فاشلة ـ تعتمد أساسا على اتجاهاتنا ومعتقداتنا وأحكامنا الأخلاقية المتبادلة. فالاتجاه الذي يحمله كل منا نحو الآخر، وما نحمله من أحكام أو آراء متبادلة من شأنها أن تحكم عملية التفاعل وتكتب لها إما النجاح أو الفشل، ومن ثم، فإن كنا نعتقد أن الطفل المشاغب (مثلا) هو شخص قد أفسدته التربية والتدليل، فإن تفاعلاتنا مع هذا الطفل ستتجه في الغالب الأعم إلى الحزم والعقاب وإملاء الأوامر. وقد يسهم أسلوبنا هذا بدوره في تكوين معتقدات وأحكام لديه يرانا بمقتضاها أننا لا نفهمه وأننا نتسلط عليه ولا نصغي لمشاعره، ولهذا فإن التفاعل الصحي ستبتره منذ البداية الأحكام والآراء المتبادلة للأشخاص موضوع هذا التفاعل.

ويطلق أصحاب التعليم الملطف على هذه المجموعة من القيم

الشخصيـة اسم الـوضع القيمي(٢) أو الإطـار المرجعي الشخصي الـذي نسترشد بـه خلال عمليـة التفاعل، والذي من شأنـه أن يحكم نشاطـاتنا اليومية.

والوضع القيمي شيء غير محدد بدقة. فهـو كإطار مرجعي يتغير دوما بحسب ما نـواجه من الشخص الذي نتفـاعل معه. ومن ثم فهـو يتعدل ويتغير عندما نواجه شخصا عدوانيا أو انسحابيا.

ومن المهم الانتباه إلى الجهاز القيمي لكل شخص خلال عملية العلاج والتفـاعل. هذا الانتبـاه كفيل بألا يجعل هـدفنـا هـو التركيز على تعـديل جانب محدد من السلـوك الشاذ، أو القفـز إلى استخدام الأسـاليب الفنية الجاهـزة. إن معـرفتنـا بـالجهـاز القيمي للطفل العـدواني أو المنسحب، تساعـدنا بادىء ذي بـدء على إقامة إطار عمل يمكننـا من خلاله تقـدير نتـائج التفـاعل، ومـدى استناده إلى المبـدأ الـرئيسي من مبـادىء العـلاج الملطف وهو التبادل الإنساني بين الطرفين (المعالج والطفل).

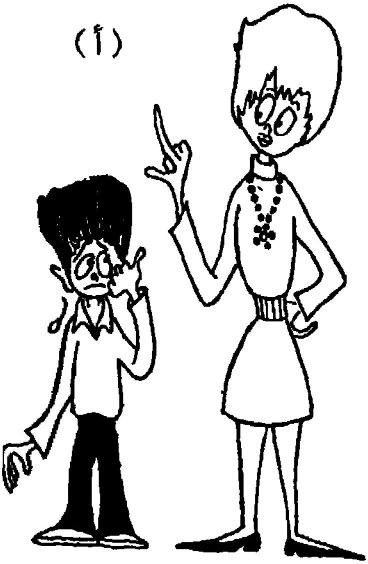
(٢) العلاج بالتعليم الملطف يتبنى قيما غير تسلطية: فهـو بعبارة أخرى يراعي بـدقة ألا يـؤدي التفاعل العـلاجي إلى أي خسـارة للطفل. ومن ثم يركـز التعليم الملطف على مسـاندة الطفل، وعلى الصـداقة، والاعتماد المتبـادل بدلا من التركيز على الانصياع والطاعة والخضوع.

الهدف الرئيسي من التعليم الملطف:

إن الهدف الرئيسي من العلاج الملطف هو تكوين رابطة وجدانية قائمة على مساندة المريض. ومن ثم يهدف المعـالج هنا إلى تطوير علاقـة إيجابية بالطفل قبل الدخول في خطة العلاج.

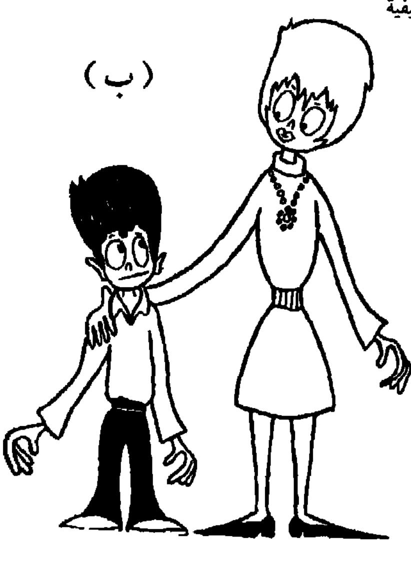
ونتيجة للـرابطة الوجـدانية التي تتكون تـدريجيا مع الطفل، يتعلم الطفل ثلاثة أشياء هي:

(أ)

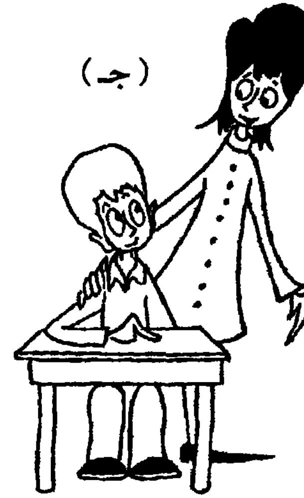


شكل رقم ١٨ : تطورت في الأعوام الأخيرة حركة التعليم الملطف كاستجابة معارضة لسيطرة الأساليب السلوكية المبكرة التي تعتمد نسبيا على دور العقاب في تعديل السلوك . وبالرغم من أن التعليم الملطف يستخدم مفاهيم مماثلة للعلاج السلوكي، فإن أصحاب هذه النظرية يرفضون تماما الأساليب العقابية (أ) وينظرون إليها على أنها نتيجة لسيطرة الفلسفة التسلطية في حركة العلاج النفسي بشكل عام. ويركز التعليم الملطف بدلا من ذلك على تكوين رابطة وجدانية بالطفل (ب) ويؤكد دور بعض العوامل غير التسلطية بما فيها المساندة الوجدانية في مواقف الضغط والتوتر (جـ)، والاعتماد المتبادل بدلا من التركيز على فرض الطاعة والانصياع . وتفترض هذه النظرية أن تكوين رابطة وجدانية بالطفل سيمكن من تحقيق تغييرات إيجابية في تفاعلاتنا معه، مما يجعلنا أكثر قدرة على استباق الخطر وضبط جوانب السلوك اللا تكيفي (خاصة العدوان والهرب من المسؤولية) عند حدوثها. وتحقق هذه النظرية أهدافها من خلال أساليب فنية منها متصل: التجاهل ـ التدعيم ـ التدخل، ومنها التعليم في صمت، وإعادة ترتيب البيئة لإحداث الاستجابة التكيفية الملائمة .

(ب)



(جـ)



١ ـ إن وجودنا يرتبط لدى الطفل بالأمان والطمأنينة .

٢ ــ إن كلماتنا وإيماءاتنا (بما فيها اللمس، والابتسام، والعناق) تعني الإثابة والمكافأة في ذاتها، وليس التحكم والرغبة في الضبط .

٣ ـ إن مكافأة الطفل تأتي من إسهامه (وليس من مجرد خضوعه) .

ويفترض أن تشكيل الرابطة بالطفل وفق المبادىء الثلاثة السابقة سيجعل من الميسور علينا تحقيق تغيرات إيجابية في تفاعلاتنا مع الطفل . فمن ناحية سيتمكن المشرف أو المعالج في مثل هذه الأحوال من الدخول في علاقات متبادلة، ومتكافئة، ومدعمة للطفل، ومن ثم سيكون بإمكانه أن يستبق الأمور، لا أن تكون خططه قائمة على مجرد رد الفعل ودرء الخطر. فالمعالج الذي استطاع أن يبني علاقة دافئة، واستطاع أن يجعل هذه العلاقة هي صاحبة التدعيم الرئيسي للطفل، سيكون بإمكانه التنبؤ بالسلوك؛ قبل حدوثه، وسيكون بإمكانه الاستفادة من هذه الرابطة في أكثر المواقف خطرا وحرجا . أي عندما يكون المريض في فترات هياج وعنف وغضب . ولهذا نجد أن العلاج الملطف غالبا مايحقق نجاحا كبيرا في مثل هذه الحالات بالذات .

وتكوين علاقة قائمة على الترابط والمؤازرة ومساندة الطفل له قواعده وشروطه التي يحددها أصحاب هذه النظرية على النحو الآتي :

أ ـ اجعل وجودك مدعما للطفل، وبعبارة أخرى، يحتاج الوالدان والمشرفون على تربية الطفل إلى أن يجعلوا حضورهم أو وجودهم مع الطفل مرتبطا بالدفء والرعاية والتقبل والاهتمام .

ب ـ شجع الطفل على الإسهام والتبادل . ومن ثم يجب أن ترتبط استجابات الطفل الدالة على التفاعل والإسهام والتواصل بالنجاح والتدعيم دائما .

ومن هنــا تأتي استفـادة المعــالج بـالتعليم الملطف مـن المبـادىء السلـوكيـة المرتبطــة بـالتـدعيم الإيجابي (كــالتبسم والعنـاق). لكن استخدام التدعيم هنا مرتبط بـالنجاح في العلاقة الإيجابية والاتصال، وليس كمجرد استجابة لسلوك يصفه المعالج السلوكي بأنه سلوك جيد أو غير مرضي.

جـ ـ أن تكون تفاعلاتنا مع الطفل مرتبطة بنفس المبادىء.

د ـ عنـدما يعـزف الطفل عن الإسهـام والتفـاعل لأي سبب، يجب على المعالج (أو الأبوين) أن يخلقا الظروف الملائمة التي من شأنها أن تجعل الإسهام والتفاعل ضروريين للطفل.

الخلاصة

الهدف الرئيسي من حركة العلاج الملطف هو تكوين رابطة وجدانية وتطوير علاقة إيجابية بالطفل كمطلب من مطالب العلاج. ونتيجة لهذه الرابطة يتعلم الطفل أن وجودنا لديه يرتبط بالأمان، والإثابة، ومن ثم تؤدي الرابطة الوجدانية مع الطفل إلى تغيرات إيجابية، وستمكن المعالج (أو القائمين بالرعاية) من الدخول في علاقات متبادلة ومتكافئة بالطفل في مواقف الهياج والعنف والعدوان. وللعلاج الملطف أساليب أخرى يتعرض لها الملحق ٢، وتمثل حالة الطفل الصعب في الفصل ٢٥ نموذجا لاستخدام هذا الأسلوب بنجاح.

الفصل العاشر
مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية

يتميز المعالج السلوكي بمرونته وتكيفه مع متطلبات كل حالة (الدخيل ١٩٩٠). ولهذا تتكاثر طرقه - كماً وكيفاً - تبعا لمتطلبات الحالة وطبيعة المشكلة. وقد اتضح لنا مما سبق شرحه حتى الآن مدى التنوع والتطور في هذه الأساليب.

لكن تنوع هذه الطرق قد يثير أمام المعالج مشكلة تقرير أي هذه الأساليب يبدأ بها، وعلى أي أساس يختار أسلوبا دون أسلوب آخر، ومتي يجمع بين أكثر من أسلوب معا عند التعامل مع الطفل؟

أي أن الخبير النفسي السلوكي قد يجد في تنوع هذه الأساليب ما يثير حيرته ويربكه عندما يجابه مشكلة سلوكية/ نفسية مطلوب منه إيجاد علاج ناجع لها. فجميع هذه الطرق التي عرضنا لها في هذا الكتاب - إذا نظرنا إليها بموضوعية - قد خضعت للبحث والتجريب والفحص العلمي، ولهذا فهي متساوية من حيث قيمتها العلمية.

لكن هناك معيارا إضافيا نرى أنه يساعد المعالج على اختيار أسلوب علاجي دون آخر، ألا وهو الملاءمة لطبيعة المشكلة. فمن المؤكد أنه توجد أساليب أكثر ملاءمة من أساليب أخرى إذا أخذ في الاعتبار نوع المشكلة أو الاضطراب. ومن مراجعة أبحاث العلاج المشهورة يبدو أن هناك اتفاقا على الأساليب العلاجية التي تلائم بعض المشكلات. ويبين الجدول رقم (٥)، الذي اعتمدنا في صياغته على عدد من المراجع المتقدمة في العلاج السلوكي، تفصيلا للأساليب السلوكية التي عرضنا لها وما تصلح له من مشكلات.

جدول رقم (٥)
بيان بأنواع مشكلات الطفل
وما يلائمها من أساليب علاجية سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
١ ــ التطمين المتدرج (التعريض التدريجي لمنبه منفر) والتعامل معه بأقل قدر من الحساسية (تدريج الحساسية)	ــ المخاوف المرضية، القلق، العزلة والتجنب الاجتماعي. ــ التعامل الاجتماعي مع العداوة الخارجية ومواقف التهديد.
٢ ــ مناهج التدعيم: التدعيم الإيجابي، التدعيم الذاتي، الاقتصاد الرمزي	مشكلات النطق واللغة، الحركية (الحركة المفرطة)، الصراعات الاجتماعية، العدوان، المخاوف المدرسية، اضطراب العادات الصحية (كالتبول اللا إرادي، التغوط، نظافة الفم والبدن)، مشكلات الطعام (نقص الشهية، الشراهة، العزوف عن الطعام)، اضطرابات الانتباه، المهارات الدراسية، اضطرابات السلوك (السرقة، المشاجرات، الكذب، تعاطي المخدرات)، صعوبات التعلم (مشكلات القراءة والكتابة وتنظيم عادات الدراسة).
٣ ــ التشكيل والتقريب التدريجي	اكتساب المهارات الحركية (الكتابة، تنظيف النفس). المهارات الاجتماعية (الحديث، اللغة البدنية) والدراسية (تنظيم جدول للعمل).
٤ ــ الاقتداء ومحاكاة النماذج	المخاوف والسلوك التجنبي أو الهروبي، جوانب القصور في السلوك الاجتماعي (الخجل، التعبيرات البدنية، مهارات الحديث، مهارات الحركة، مشكلات الجنوح).
٥ ــ ضبط المنبه	اضطرابات التعلم، الإفراط أو النهم، المعاندة.
٦ ــ الانطفاء (سحب التدعيم الاجتماعي، والتجاهل)	المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسي، الصراخ، البكاء، العدوان، النهنهة، لفت الانتباه، التفاخر، المعاندة والمجادلة، الإفراط في الملبس أو المظهر.
٧ ــ التشبع بالمنبه	إشعال النيران ــ بعض حالات السلوك القهري

تابع جدول رقم (٥)

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
٨ ـ التصحيح المتكرر	السلوك الفوضوي .
٩ ــ الإبعاد المؤقت عن مدعم إيجابي	السلوك التخريبي ــ المشاجرات والعراك ، الشتائم ـ النحيب .
١٠ ـ تكاليف الاستجابة	نوبات الغضب Tantrums ــ العدوان ــ السرقة ـ التململ ــ الإفراط الحركي داخل الفصل الدراسي ـ الجنوح ، إشعال النيران ـ الفوضوية في السلوك .
١١ ـ تدريب المهارة (بما فيها تأكيد الذات ــ تدريب المهارات الاجتماعية ـ لعب الأدوار)	نواحي الضعف في السلوك الاجتماعي بما فيها الخجل ـ عدم القدرة على رد الإهانات ــ التعامل مع العداوة الخارجية ـ العجز عن التعبير عن النفس .
١٢ ـ لعب الأدوار أو ممارسة أدوار معارضة .	نواحي القصور في السلوك الاجتماعي ـ المشاحنات الأسرية بما فيها المواجهات التي تحدث بين المراهق وأسرته .
١٣ ــ التعديل المعرفي وتدريب المهارة على حل المشكلات .	مواجهة الأزمات الطارئة ـ المواقف الحرجة مثل الانفصال ــ قلق الموت ــ السلوك الإدماني ــ مواقف الصراع ـ المخاوف ـ العدوان ـ مواقف التوافق مع الضغوط .
١٤ ـ مناهج ضبط الذات ـ الحوار الداخلي مع النفس .	الصراعات الاجتماعية ـ الاندفاع ـ الخوف ــ التقاعس عن الأداء الأكاديمي ــ الإفراط الحركي ــ ضعف الدافعية للعمل والنشاط .
١٥ ــ التدريب الإجرائي بحسب خطط تقوم على المكافأة الذاتية والعقاب الذاتي .	التبول اللا إرادي ــ السلوك الفوضوي ــ زيادة السلوك الإيجابي .
١٦ ـ الاتفاقات المتبادلة والتعاقد مع المريض .	السلوك التخريبي ـ السرقة ـ الصراخ ــ الصراع ـ رفض المدرسة ، أو الهرب منها .
١٧ ــ مراقبة الذات عند ظهور السلوك .	زيادة الوزن أو السمنة ــ الهزال ــ مشاكل السلوك الوالدي .
١٨ ــ أسلوب التعليم الملطف والمؤازرة الوجدانية .	العدوان ــ تدمير الذات ـ الهرب من المنزل أو المدرسة .

الخلاصة

يشرح هـذا الفصل ويلخص الأسـاليب المتنـوعـة والمستخدمـة في ميـدان العلاج السلوكي . . ويبين نوع المشكلات أو الاضطـراب الذي يصلـح علاجه بأسلـوب دون الأساليب الأخـرى . ومن ثم ، يكون بإمكـاننا ، بمقـارنة هـذه الأسـاليب بعضهـا بـالبعـض الآخـر، أن نختـار الملائم منهـا عنـد التعـرض لمشكلات الطفل .

هوامش الباب الثاني

الفصل الخامس

١ ـ Habituation

٢ ـ Reciprocal inhibition

٣ ـ Phobias

٤ ـ School Phobias

٥ ـ Relaxation

٦ ـ In vivo

٧ ـ Relaxation

٨ ـ Tics

٩ ـ Muscle relaxation

الفصل السادس

١ ـ الأسماء المستخدمة هنا أسماء غير حقيقية للمحافظة على خصوصية الحالات. كذلك قمنا بتبديل بعض البيانات الديموغرافية في الحالات المعروضة لنفس الغرض.

٢ ـ Raven progressive Matrices

٣ ـ Draw - A - Person Test

٤ ـ Punishment

٥ ـ Response cost

٦ ـ Time out

٧ ـ Ignoring

٨ـ Testing Period

٩ـ Gentle Teaching

١٠ـ Progressive approximation

١١ـ Differential reinforcement of other responses (DRO)

١٢ـ Differential reinforcement of alternative behavior

الفصل السابع

١ـ Modeling

٢ـ Assertive training

٣ـ Role playing

٤ـ Homosexuality

٥ـ Heterosexuality

٦ ـ ولكن توجد تفسيرات أخرى لهذه الظاهرة. فهناك من يرجع انتشار الاستجناس إلى تدعيم الأسرة للعلاقات مع الزملاء من الجنس نفسه، وعدم تدعيم مثيلاتها مع الجنس الآخر. كما تبين دراسة أخرى أن تطور الميول الاستجناسية يرتبط بوجود تجارب سيئة مع الجنس الآخر، أو نتيجة لفشل مباشر أو إحباط في العلاقات مع أفراد من الجنس الآخر (Whitaker & Wickelly, 1964).

٧ـ Autistic disorders

٨ ـ تسمى هذه المجموعة في المصطلحات العلمية المجموعة الضابطة control group. والهدف من وجود هذه المجموعة في التجربة، التأكد من عدم وجود سبب آخر للتغير الذي قد يظهر لدى المجموعة التجريبية (المجموعة الأولى في هذه التجربة) غير السبب الذي يفترضه المجرب.

٩ـ Assertiveness training

١٠ـ Emotional freedom

١١ـ In Vivo

١٢ـ Role playing

١٣ـ Rehearsal

الفصل الثامن

١- Problem solving skills

٢- Negative expectations

٣- Learned helplessness

٤- Panic

٥- Learned hope

٦- Fantasize consequences

٧- Coping skills

الفصل التاسع

١- Gentle teaching

٢- Posture

الباب الثالث

إجراءات العلاج السلوكي ونماذج من خططه

مقدمة الباب الثالث

«يجب عمل كل شيء ببساطة
ما أمكن ولكن ليس بشكل متبسط»

أينشتاين

إذا كان سير« وليام أوسلر »William Osler يقول إن دراسة ظواهر المرض دون الاطلاع على ما كتب عنها في السابق أشبه بالإبحار في محيط لا روافد له، فكذلك يمكن من ناحيتنا أن نقول إن العلاج السلوكي دون خطة مسبقة أشبه بالسباحة في بحر غير محدد المعالم. فمن دون خطة علاجية ومن دون إجراءات معدة سابقا، تصبح محاولات العلاج فوضى وبعثرة للجهد وضياعا لكثير من الفرص الجيدة والمواقف السانحة التي من شأنها أن تيسر العلاج.

والهدف من هذا الباب هو أن نشرح كل الإجراءات المطلوبة للقيام بخطة علاج سلوكي للطفل، وفضلا عما في هذا من فائدة للمتخصص فإن فيه أيضا فائدة لا يمكن إنكارها للآخرين من غير المتخصصين بسبب ما تمنحه لهم من فرص الاطلاع على إجراءات العلاج بما يتضمنه من شحذ للقدرة على تحديد أهداف العلاج وتحديد القوى الفعالة في عمليات التغيير.

ولكي يتمكن القارىء من التحكم الجيد في وضع خطة علاجية، يقدم له هذا الباب من ــ خلال فصوله المتنوعة ــ نماذج لخطط أثبتت فائدتها في علاج مشكلات محددة شائعة بين الأطفال بما فيها المخاوف المدرسية واضطرابات الانتباه والتبول اللا إرادي. . إلخ.

وبالرغم من أن هذه الخطط ليست، بالضرورة، خططا نهائية وكاملة لعلاج هذه المشكلات التي وضعت لها، فإنه يمكن اعتبارها، بالطبع، مرشدات لمزيد من الخطط الفعالة إذا ما تعذر العلاج بهذه الخطط التي صغناها للقارىء. وتزداد قيمة الاطلاع على هذه الخطط إذا ما حاول القارىء دمجها بدراسة الحالات الفردية في العلاج والتي يعطي الباب الرابع نماذج متنوعة منها.

الفصل الحادي عشر

إجراءات العلاج السلوكي للطفل

(الخطوات الست)

لتنفيذ خطة العلاج السلوكي بطريقة التدعيم نتبع ست خطوات، هي:

الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحوري:

السلوك المحوري هو السلوك الذي نريد علاجه وتعديله. أي أن السلوك المحوري هو مصدر الشكوى، وهو الذي يتفق المعالج مع المريض أو الأسرة على أن تعديله سيؤدي إلى تحقيق العلاج. ويلزم تحديد السلوك المحوري تحديدا نوعيا. ولهذا فليس من المقبول أن نستخدم عبارات مثل مكتئب أو مندفع، أو لديه ضعف في الشخصية، لأن المطلوب تحديد الشكوى في شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها. (مثلا، بدلاً من ضعف الشخصية يمكن أن يقال إنه يعجز عن الاحتكاك البصري أو لا يعبر عن غضبه عندما تخرق حقوقه).

ويفترض بعد تحديد السلوك المحوري أن تكون لدى المعالج والأهل والطفل جميعهم صورة واضحة ـ من خلال البيانات والمعلومات التي أمكن جمعها بملاحظة الطفل ـ عن كيفية تأثير هذا السلوك في صحة الطفل وتصرف الآخرين نحوه والتفاعل بين جميع الأطراف.

الخطوة الثانية: وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه:

بعد تحديد السلوك المحوري بالدقة المطلوبة تأتي الخطوة الثانية وهي جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك. ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة والاستمارات المعدة خصيصا لذلك، حتى نصل لما يسمى بحد الانتشار (الخط القاعدي)[1]، وهو القدر الذي يظهر به السلوك تحت الظروف القائمة قبل العلاج.

وتساعد هذه البيانات على تحقيق شيئين رئيسيين:

١ ـ تبين لنا ـ كميا ـ مقدار شيوع هذا السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه.

٢ ـ تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية لهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

وتمثل استمارة التسجيل المرفقة في الجدول رقم (٦) نموذجا لإحدى الاستمارات التي أعدت لملئها بالبيانات المستقاة من ملاحظة أنواع من السلوك المضطرب خلال ٢٤ ساعة. وعادة مايعطي المعالج الأبوين أو المدرسين مثل هذه الاستمارات لملئها بالمعلومات المستقاة من تتبعهم لسلوك الطفل. أما إذا كان الطفل محجوزا في مؤسسة أو في مستشفى أو عيادة فإن المشرفين والممرضين يقومون بملء هذه الاستمارة على نفس النمط، بينما صممت استمارة التسجيل في الجدول رقم (٧) لتسجيل البيانات المستقاة من ملاحظة سلوك واحد (السلوك المحوري) خلال ٢٤ ساعة لمدة ٢٢ يوما، أي ملاحظة تطور ذلك السلوك عبر فترات زمنية.

الخطوة الثالثة : السوابق واللواحق :

نحتاج في هـذه الخطوة إلى التحـديد الدقيق للظـروف السابقـة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه :

مثال : الطفل يهجم على الأم في الأوقات التي تكون فيها مشغولة بنظافة أو إطعام أو مداعبة أخته الصغرى .

وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسـة الحالة ولقاء الأبوين متى بدأ هذا السلوك الخاطىء في الظهور.

مثال : بدأ الطفل يستخدم أسلوب البصق منذ سنة عندما لاحظ أن والده قد فعل ذلك مـرة مع أحد الإخوة ، أو عنـدما ضحك الأب في السابق عنـدما رأى الأخ الأصغر يبصق على أمه .

كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئيـة بعد ظهور السلوك غير المرغوب فيه . .

مثال : قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق .

وتمثل الاستمارة المرفقة (السوابق واللواحق السلوكيـة) نموذجا جيدا لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك المرضى . وبالنظر إلى هذه الاستمارة نجد أنها تغطي هذه الجوانب :

١ ـ أنواع السلوك مصدر الشكوى (يضرب ـ يشتم ـ يبصق . . إلخ) .

٢ ـ تاريخ حدوثه .

٣ ـ الوقت الذي استغرقه .

٤ ـ مع من حدث؟ (الأب ـ الأم ـ أحد الإخوة ـ الزملاء) .

جدول رقم (٦)

جامعة الملك فيصل

مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر

قسم الطب النفسي / العيادة السلوكية

استمارة تسجيل السلوك خلال ٢٤ ساعة

الشخص : ________________ العمر ________ التاريخ: / /

القائم (القائمون) بالملاحظة :

التعليمات : سجل حسب هذا الجدول ظهور السلوك . ________________

كل ساعة ضع علامة (✓) إذا ظهر هذا السلوك ـ وعلامة (✗) إذا لم يظهر خلال هذه الساعة على مدار ٢٤ ساعة أو طوال فترة الملاحظة. لا تدع أي ساعة تمر دون أن تلاحظ السلوك كل يوم وطوال اليوم لمدة : ____________ أيام.

م	السلوك	فترات الملاحظة	ملاحظات
١	إعتداء		
٢	ضرب		
٣	تحطيم ملكية		
٤	تبول		
٥	إضرار بالنفس		
٦	فزع		
٧	تحرش		
٨	مشكلات		
٩			
١٠			
١١			
١٢			

جدول رقم (٧)

جامعة الملك فيصل
مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر
قسم الطب النفسي / العيادة السلوكية

ظهور السلوك في عينات زمنية

الشخص(المريض): ———— التاريخ من: / / إلى: / /
القائم بالملاحظة: ———— السلوك الذي يخضع للمعالجة: ————

المرجو ملاحظة الشخص (أو الطفل) أعلاه عدد: ———— في اليوم بين الساعة ———— والساعة: ———— (صباحا ـ مساء، بعد الظهر) لمدة. ———— ثانية. ضع علامة ( ) عندما يظهر السلوك في كل يوم قبل أن تبدأ الملاحظات في كل يوم تال.

التاريخ																	المجموع	٪	ملاحظات

٥ ـ كم مرة يحدث في اليوم؟ (بالاستعانة بالبيانات الواردة في استمارة الملاحظات وحد الانتشار (Base line data)).

٦ ـ ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟ (انشغال الأم عنه، حضور الأب من الخارج ـ رفض طلب له ـ إثر مشادة ـ بعد توبيخه أو معايرته . . الخ).

٧ ـ كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك؟ (الأمر بأن يسكت ـ تقييد الحركة ـ الضرب).

٨ ـ ما المكاسب التي جناها الطفل من جراء سلوكه الخاطىء؟ (حصل على اللعبة التي كانت موضوعا للشجار ـ عدم الذهاب للمدرسة . . إثارة غيظ الأسرة).

٩ ـ أي ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة ـ صراع بين الأبوين ـ طلاق ـ عطلة ـ عادة شهرية ـ احتمالات ممارسة عادة سرية . . إلخ).

الخطوة الرابعة: برنامج العلاج والخطة العلاجية:

يتم في هذه المرحلة تصميم الخطة العلاجية، إذ اكتملت لدى المعالج صورة واضحة عن أنواع السلوك المرضي (المحوري) المطلوب علاجها، وأصبحت لديه بيانات وافرة عن شيوع هذا السلوك والمكاسب التي يجنيها منه الطفل. فضلا عن هذا فقد توافرت كذلك بيانات عن التدعيمات السابقة والتدعيمات اللاحقة والتي تسهم في تقوية هذا السلوك، وتتضمن الخطة العلاجية مايلي:

أ ـ تحديد الأهداف النوعية التي تتطلع لإنجازها ويفضل المعالجون السلوكيون أن يتم تحديد هذه الأهداف بشكل إيجابي.

مثال: بدلا من أن يكون الهدف هو:

«التقليل من الشتائم والألفاظ النـابية بنسبة ٥٠٪ في الأسبوع الأول»، يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتي:

«تـزايـد نسبـة الابتســام، أو الحوار اللفظي بنسبـة ٥٠٪ في الأسبـوع الأول».

مثال آخر: بدلا من «التوقف عن المجادلـة» قل «تزايد نسبة الإصغاء» أو «تزايد نسبة إلقاء الأسئلة» أو «تزايد السلوك الدال على التعاون» (حدد ذلك نوعيا).

وضح في الخطـة الشروط أو الوسـط الذي سيحـدث خـلاله السلـوك الإيجابي، فضلا عن تحديد محكات أداء هذا السلوك الإيجابي.

مثـال: إذا كان الهدف هو زيادة السلـوك التعاوني في الأسبوع الأول بنسبة ٥٠٪ تكون محكات هذه الزيادة مثلا: (أ) الوقت الذي يقضيه الطفل مع والدتـه في المطبخ (ب) عدد المرات التي ينقـل فيها بعض الأدوات المنـزليـة إلى أماكنهـا المعـدة لها، (جـ) كم مرة قـام بترتيب سريـره في الأسبـوع. (د) يسـاعـد الأم على تنظيـف أو مـداعبـة الأخ أو الأخت الصغرى. أي يمكن على وجه العمـوم وضع محكات السلوك الإيجابي إمـا في شكل تحديـد مقدار الـوقت أو الـزمن الـذي يقضيه في أشيـاء مرتبطة بهـذا السلوك، أو بإحصاء عدة نشاطات سلوكية متنوعة يمكن تفسيرها بشكل إيجابي في فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلا).

ب ـ أشرك الوالدين والطفل في وضـع البرنامج، فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الإيجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب فيه أو تيسر ظهوره.

جـ ـ استعن بقائمة التـدعيمات اللفظية أو المصورة (جـدول ٣)، وحاول عند اختيار هـذه المدعمات أن تكون ملائمة للعمر ومتنـوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

د ـ وجِّه انتباه الوالـدين إلى ضرورة الإكثار من التدعيم عند ظهور الجوانب المرغوب فيها.

هـ ـ يجب أن تتضمن الخطة كل الأسـاليب الفنية التي ستستخدم لتدعيم ظهور السلـوك المرغوب فيـه، وإيقاف أو تقليل السلـوك غير المرغوب فيه..

مثـلا: سيستخدم الأبـوان طريقة الإبعـاد المؤقت لمدة خمس دقائق في أي مكان منعزل إذا بدأ في نوبات الغضب أو الاعتداء.

مثال آخر: سيقوم الطفل بتنظيف أواني المطبخ إذا لم يبدأ في عمل واجباته المدرسية فور الانتهاء من طعام الغداء.

و ـ ينبغي أن تشتمل الخطـة أيضا على مـدى زمني لتقييم هـذا البرنـامج بحيث يكون متناغماً مع خطة الأبوين العلاجية.

الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية:

وتتكون عناصر هذه الخطة مما يلي:

أ ـ تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطفل والأسرة. ويعني هذا تشجيع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الإيجابية المرغوب فيها بدلا من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب فيه.

مثـلا: تقوم العائلـة بعمل جلسات أسرية ـ ثلاث مرات أسبـوعيا ـ لمدة

جامعة الملك فيصل
مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر
قسم الطب النفسي / العيادة السلوكية

(استمارة ملاحظة)

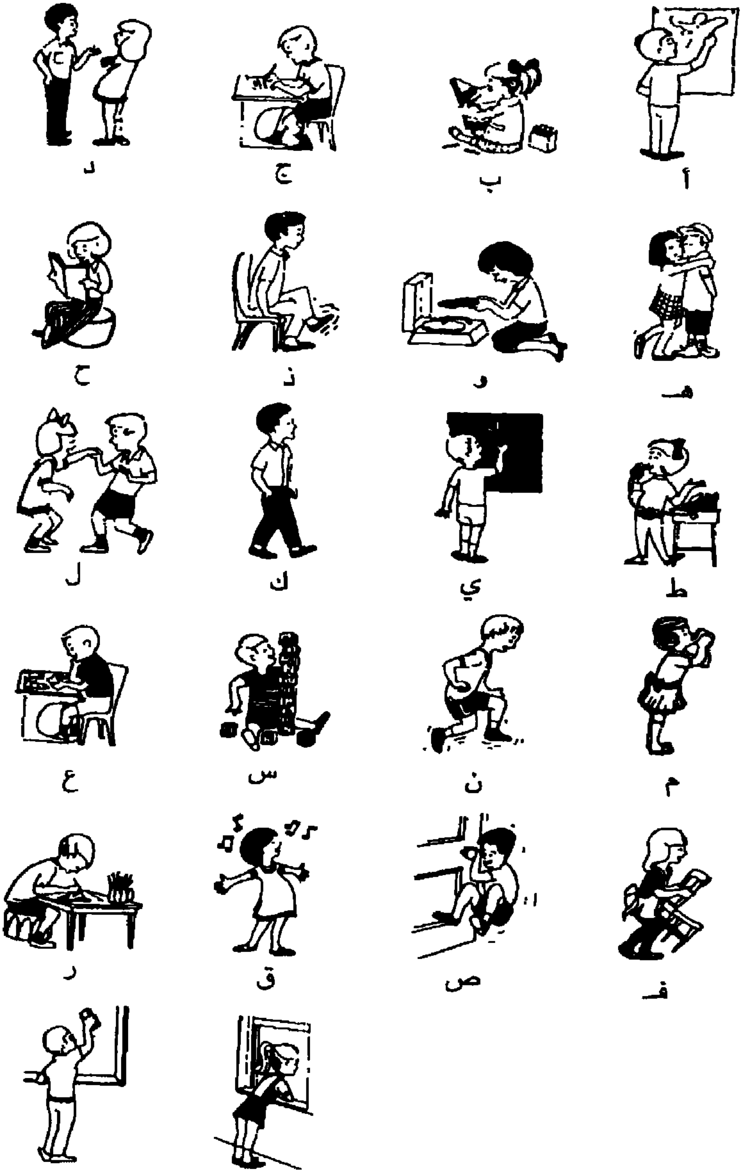
السوابق واللواحق السلوكية

اسم الشخص :

التعليمات : فيما يلي بعض جوانب السلوك أو المشكلات التي تصدر عن البعض . من المطلوب أن تقرأ ماهو هذا السلوك، وأن تضع دائرة حول إحدى العبارات المرصودة بالخانة الأولى من الجدول التالي . . املأ بقية الخانات بحسب ماهو محدد في كل منها :

م	السلوك	تاريخ حدوثه	الوقت الذي استغرق	كم مرة في اليوم	ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟	الاستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخرين	ما المكاسب التي عادت عليه من جراء السلوك كما يراها؟	اكتب هنا أي ملاحظات ارتبطت بظهور المشكلة
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١	ضرب أو اعتداء تحطيم ملكية شتائم إضرار بالنفس هروب بكاء وصراخ فزع تحرش رفض الاستجابة لأمر التبول أو التبرز اللاإرادي على النفس مشكلات أخرى :				١ - إثر رفض الطلب ٢ - إثر توبيخه ٣ - إثر نهيه عن شيء. ٤ - إثر مشادة ٥ - إثر اللعب مع الأخوة ٦ - أحد الأفراد خاطبه بصوت عال ٧ - قبل الذهاب للمدرسة ٨ - الانشغال عنه ٩ - تجاهل طلبه ١٠ - معايرته ١١ - مقارنته بأحد إخوته ١٢ - قبل النوم ١٣ - الإعداد لاستقبال زائرين ١٤ - الإعداد للخروج ١٥ - حوادث أخرى :	١ - الأمر بأن يسكت. ٢ - تهديد. ٣ - تقييد الحركة ٤ - الخصام ٥ - حرمانه من ممتلكاته ٦ - عزله في مكان منفرد ٧ - الضرب ٨ - سؤاله عن سبب المشكلة ٩ - التوسل ألا يفعل ذلك. ١١ - توجيه انتباهه لنشاط بديل ١٢ - التربيت على جسمه ١٣ - تغيير موضوع الحديث ١٤ - أشياء أخرى تذكر	١ - الانتباه له ٢ - الاستيلاء على شيء ٣ - عدم الذهاب للمدرسة ٤ - الهروب من أداء الواجب ٥ - عدم التنظيف ٦ - عقاب أحد الأخوة ٧ - عدم النوم في الوقت ٨ - تغيير مكان النوم ٩ - أي مكاسب أخرى تراها:	مثلا: مولود جديد غيره انفصال مرتقب عن الأسرة شكاوى رسمية تغيرات بيولوجية كالعادة الشهرية عند الفتيات مشادات في الأسرة طلاق زواج حديث أيام العطلات أيام الدراسة التعرض لزائرين أو غرباء أوقات معينة بالليل أو النهار أي تغييرات جديدة خاصة بالأسرة أو الشخص أو العمل تذكر:

* استخدم استمارة مستقلة لتقييم كل مشكلة سلوكية على حدة



شكل رقم ١٩ : قـائمـة مـدعمات مصـورة تعـرض على الطفل لكي يختـار منهـا أنـواع النشـاط (النشاطات) المرغوب فيها، والتي تصبح باختيارها مدعمات تمنح للطفل حسب الخطة العلاجية . (عن : Daley, 1979)

جدول رقم ٣

قائمة المدعمات

اسم الشخص : ________________________

هذه الأشياء أو الموضوعات من شأنها أن ترضي المشاعر الطيبة. فالمطلوب أن تقرأ كل فقرة منها وأن تحدد قوة تأثيرها فيك أو في الشخص أعلاه. . أضف إلى القائمة ما تشاء.

اجتماعية وشخصية	نشاطات	ممتلكات
١ ـ مساعدة الأم في المطبخ	١ ـ الذهاب إلى الملاهي	١ ـ ملابس . . .
٢ ـ المدح	٢ ـ رسم أو تكوين	٢ ـ مجلات . . .
٣ ـ اللعب مع الأب	٣ ـ خياطة أو تفصيل	٣ ـ كتب . . .
٤ ـ الخروج للنزهة بمفرده	٤ ـ قص ولزق	٤ ـ أدوات . .
٥ ـ الخروج للنزهة بصحبة الأسرة	٥ ـ الصيد	٥ ـ أقلام . .
٦ ـ الخروج للنزهة بصحبة الأصدقاء	٦ ـ السباحة	٦ ـ صور للتعليق . .
٧ ـ إعطاء وقت للانفراد	٧ ـ صلاة جماعية	٧ ـ مشروبات غازية
٨ ـ الإصغاء والانتباه للشخص	٨ ـ القيادة	٨ ـ عصير أو آيس كريم
٩ ـ التفريظ العلني وإبداء الإعجاب	٩ ـ شراء أشياء من السوق أو المخبز	٩ ـ لبس
١٠ ـ الذهاب إلى حفلة	١٠ ـ إطعام صغار الحيوانات	١٠ ـ سجائر
١١ ـ الذهاب إلى رحلة	١١ ـ الدخول في مناقشة	١١ ـ شوكلاتة أو حلويات
١٢ ـ زيارة أصدقاء	١٢ ـ غناء فردي أو جماعي	١٢ ـ قهوة أو شاي
١٣ ـ الانتماء لجماعة رياضية أو نادٍ (اجتماعية وشخصية)	١٣ ـ مشاهدة تليفزيون ـ نشاطات	١٣ ـ نقود ـ ممتلكات
١٤ ـ الكلام (تبادل الحوار)	١٤ ـ الاستماع لراديو	١٤ ـ أطعمة للتسلية
١٥ ـ إطلاق نكتة	١٥ ـ القراءة	١٥ ـ أشرطة تسجيل
١٦ ـ التربيت على الكتف	١٦ ـ ألعاب (كرة القدم، سلة، تنس، شطرنج، سباحة، مصارعة)	١٦ ـ أشرطة فيديو
١٧ ـ التأييد	١٧ ـ رحلات	١٧ ـ ساندوتشات
١٨ ـ الاحتكاك البصري والابتسام	١٨ ـ عمل مشروب	١٨ ـ أدوات تلوين
١٩ ـ الذهاب إلى الأسواق (ملابس، لعب سيارات، أدوات كهربائية)	١٩ ـ غسيل	١٩ ـ راديو
٢٠ ـ التصفيق له	٢٠ ـ تنظيف	٢٠ ـ تليفزيون
٢١ ـ اللمس والقرب البدني	٢١ ـ تربية حيوانات	٢١ ـ كاميرا للتصوير
٢٢ ـ المساعدة على عمل شيء	٢٢ ـ ركوب دراجة	٢٢ ـ ساعة
٢٣ ـ تقديم شاي أو قهوة	٢٣ ـ كنس أو تنظيف	٢٣ ـ ستيريو
٢٤ ـ مناقشات	٢٤ ـ خياطة	٢٤ ـ منبه
٢٥ ـ اجتماعات عائلية	٢٥ ـ نط الحبل	٢٥ ـ ترتيب الأثاث
٢٦ ـ أشياء أخرى	٢٦ ـ نشاطات أخرى	٢٦ ـ ممتلكات أو حوافز أخرى

نصف ساعة يحجم خلالها الأبوان عن التأنيب أو النقد، بل يتبادلان الحوار خلالها عن الأشياء الإيجابية التي يتمتع بها الطفل وأفراد الأسرة الداخلون معه في عملية التفاعل. يتخلل هذه الجلسات بعض النكات المرحة، والقرب البدني والتربيت.

مثال آخر: مكافأة أي سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره إيجابيا إما لفظيا أو بدنيا أو بتسجيل هذا السلوك في كراسة معدة خصيصا لذلك.

ب ـ يقسم السلوك ـ الهدف ـ إلى خطوات فرعية، وتشجيع كل خطوة عند ظهورها:

مثلا: عندما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أي سلوك سلبي (غضب أو إلحاح أو نحيب) لمدة ١٥ دقيقة نذهب لنحاوره أو نتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف إثابته على ذلك وزيادة فترة التوقف عن السلوك السلبي. ويمكن بعد ذلك زيادة الفترة على ١٥ دقيقة تدريجيا، كل أربعة أيام مثلا، قبل أن نثيبه.

مثال آخر: يقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل إيجابيا (حسب الخطة) كلما ظهر منه مايدل على التبادل في العلاقات الاجتماعية. (مثلا عندما يلاعب أخته الصغرى، أو عندما يعرض القيام بعمل شيء أو أداء نشاط مفيد).

مثال آخر: تحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهي أداؤها دائما بالنجاح، وإثابته على ذلك لإذاقته طعم النجاح في العمل. ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة أو من القائمة المرفقة في جدول (٨)

جدول رقم ٨

قائمة نشاطات يمكن استخدامها لخلق فرص النجاح أمام الطفل لأن أداءها دائما ينتهي بالنجاح			
ترتيب الأواني تقليب الصحيفة أو المجلة وضع بعض الكتب في أماكنها الصحيحة الاستماع إلى أغنية أو الأخبار قراءة في جريدة أو خبر أو مجلة رواية خبر سمعه توا	ترتيب مكان . . . عمل الواجبات المنزلية غسل وعاء عمل شاي أو قهوة كنس حجرته كنس حجرة أخرى كنس المطبخ . . الخ نقل طبق أو صحن لمكانه	التعاون مع أحد أفراد الأسرة في: . . . . تشغيل الراديو أو التليفزيون إطفاء الراديو أو التليفزيون إطفاء الأضواء إشعال الأضواء تنظيف السيارة الكتابة تعلم خبرة جديدة	حفظ تذكير شراء أشياء من الخارج تنظيف طفل آخر غسل الملابس تجفيف الملابس تطبيق الملابس ترتيب أرفف طبخ تذكيرنا بشيء معين . . . الخ .

جـ ـ ساعد الطفل على ابتكار أو ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطيء أو المرضي بحيث يستحيل عند ممارسة هذه النماذج أداء السلوك المرضي .

مثال : تطلب الأم من الطفل أن يعطي أخاه الأصغر لعبة لكي يداعبه بها كلما قامت بإرضاع أو ملاعبة الطفل الصغير (هنا لا يمكن أن يكون الطفل عدائيا وودودا في الوقت نفسه) .

مثال آخر : لتجنب نتف شعر الرأس أو الحاجب يطلب من الطفل تبليل يديه أو ضمهما معا ، أو استخدامهما في أداء أي نشاط أطول مدة ممكنة (لا يمكن للطفل أن ينتف شعره بينما يداه مغلولتان أو مشغولتان بشيء آخر) .

د ـ الاحتفاظ بسجل يومي للتقدم أو تعديل السلوك .

هـ ـ إدماج الآباء والإخوة والأصدقاء والزملاء والمدرسين ما أمكن في خطة العلاج واطلاعهم عليها .

الخطوة السادسة : تعميم السلوك :

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الإيجابية للسلوك، يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية . إذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته الإيجابية التي تعلمها في المنزل تحت إشراف مهني على مواقف جديدة كالأصدقاء .

ويتطلب ذلك إثارة دوافع الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على محادثات إيجابية، والاحتكاك البصري، والتعبير عن الانفعالات بحرية . . إلخ . .

كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الاستجابات الملائمة للمواقف الخارجية من خلال لعب الأدوار، أو استباق التعبيرات الإيجابية (مثلا: «لقد أصبح الآن بإمكانك أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف من أن تفقد أعصابك») .

الخلاصة

يشرح لنا هـذا الفصل الإجراءات السلوكيـة المستخدمة في عمليـة العلاج النفسي وفق ست خطـوات هي : تحديد السلـوك المحوري (أي السلـوك الذي سيخضع للعـلاج)، قياس مـدى شيوع هـذا السلوك، الظـروف أو الحوادث البيئية السـابقة لحدوث السلـوك واللاحقـة له، وضع الخطـة العلاجيـة، بناء تـوقعـات عـلاجيـة إيجابيـة، ثم أخيرا تعميم السلـوك الجديـد على البيئـة الطبيعية . . ومن ثم يمهد هذا الفصل للخطط في الفصل التالي

الفصل الثاني عشر

خطة سلوكية للتغلب على المخاوف المدرسية

يمثل الخوف من المدرسة إحدى المشكلات الرئيسية التي تشكل مصدرا من مصادر الضيق للأسرة. وعادة ما يأخذ هذا الخوف شكل التعبير عن الانزعاج الشديد والرعب والتمارض في صباح كل يوم دراسي والنحيب والبكاء والتوسل بالبقاء في المنزل. وسنشرح فيما يلي خطة علاجية يمكن اتباعها للتقليل من هذا النوع من المخاوف أو للقضاء عليه. وعادة مايمكن القضاء على هذا الخوف في فترة قصيرة (قد تصل ثلاثة أيام في بعض الحالات) إذا ما أمكن استخدام هذه الخطة بشكل منتظم:

الإجراءات العلاجية:

١ ـ تكوين علاقة طيبة بالمدرسة، والأطباء، والعيادة للتعرف على المشكلة سريعا وقبل استفحالها.

٢ ـ تجنب التركيز على الشكاوى الجسمية والمرضية. فمثلا لا تلمس جبهة الطفل لتفحص حرارته، ولا تسأل عن حالته الصحية صباح كل يوم مدرسي. ويتم هذا طبعا إذا كنا متأكدين من سلامة حالته الصحية، وإلا فعلينا التأكد من ذلك مبكرا أو بشكل خفي.

٣ ـ تشجيع الأبوين على ضرورة إرغام الطفل على الذهاب للمدرسة مع التوضيح لهما أن مخاوف طفلهما ستختفي تدريجيا، وأن العكس صحيح،



شكل رقم ٢٠ : للتغلب على المخاوف المدرسية، من المهم عدم مناقشة الطفل في مخاوفه، وأن نصحبه وببساطة للمدرسة ونترك المكان ونمتدح في نهاية اليوم وبعد عودته نجاحه في قضاء يومه في المدرسة. ومن المهم أن يكون جو المدرسة ودودا بحيث لا يتعرض الطفل لصدمات أو عدوان من أساتذته أو زملائه حتى لا تحدث انتكاسات مرضية حادة.

أي أن استمرار غياب الطفل عن المدرسة سيؤدي إلى تفاقم مخاوفه.

٤ - إجراء المزيد من اللقاءات العلاجية مع الأبوين لتخليصهما من قلقهما حول هذه المشكلة ولتشجيعهما على تدريب الطفل للتخلص من مخاوفه المدرسية، وفق الخطوط التالية:

أ - خلال عطلة نهاية الأسبوع السابق على بدء الذهاب للمدرسة يوجه المعالج الأبوين إلى تجنب مناقشة أي موضوع يتعلق بمخاوف الطفل من الذهاب للمدرسة. فلا شيء يثير مخاوف الطفل أكثر من الكلام عن موضوع الخوف، لأن الحديث عن الخوف أكثر إثارة للخوف من المواقف ذاتها. ويتطلب ذلك ألا نناقش مع الطفل الذهاب للمدرسة، ولا نناقش معه أعراض خوفه. لا تستخدم أسئلة مثل: هل تشعر بالخوف لأن الذهاب للمدرسة أصبح وشيكا؟ هل أنت مضطرب أو خائف أو قلبك يخفق لأنك ذاهب للمدرسة غدا؟

ب ــ أخبر الطفل بكل بساطـة في نهاية عطلـة الأسبوع، وبـالذات في الليلـة السابقة على المدرسة ومن دون انفعال وكأمر واقعي بأنه سيذهب للمدرسة غدا.

جـ ـ أيقظ الطفل في صبـاح اليوم التالي، ساعده على ارتـداء ملابسه، وتنظيم كتبه وزوده ببعض الأطعمـة الجذابة على ألا تكون من النوع الـدسم الذي قـد يؤدي إلى الشعـور بـالغثيـان فيما بعد (لاحظ أن الغثيـان من أعـراض القلق.. وأن إثارته بشكل قصدي أو غير قصدي قد تؤدي إلى إثارة القلق وزيادة حدته).

د ــ خـلال فترة الإعـداد هـذه تجنب أي أسئلـة عن مشـاعـره، ولا تثـر أي موضوعات خاصة بخوفـه حتى ولو كان هدفك زيادة طمأنينته (لا تسأل مثلا إن كان يشعر بالهدوء).

كل المطلـوب أن تأخـذه للمـدرسـة وتسلمـه للمشرفين، وأن تترك المكان.

هـ ـ في المسـاء، وعند العودة من المدرسة امتدح سلوكـه، واثن على نجاحه في الذهـاب للمدرسة، مهما كـانت مقاومتـه أو سخطه أو مخاوفه السـابقة، وبغض النظر عما ظهر عليه من أعـراض الخوف قبل الذهاب للمدرسة أو خلال اليوم كالقيء أو الإسهال.

و ـ أبلغه أن غدا سيكون أسهل عليه مـن اليوم، ولا تدخل في مناقشات أكثر من ذلك. كـرر هذه العبارة «إن غـدا سيكون أسهل من اليـوم» حتى وإن بدا الطفل غير مستعد لتغيير الموضوع.

ز ـ كرر في صباح اليوم التالي نفس ماحـدث في اليوم السابق، وكرر بعد عودته

السلوك نفسه بها في ذلك عدم التعليق على مخاوفه ، مع امتداح سلوكه ونجاحه في الذهاب للمدرسة .

حـ ـ عادة ستختفي الأعراض في اليوم الثالث . ولخلق مزيد من التدعيم يمكن أن تهديه في هذا اليوم الثالث شيئا جذابا ، أو يمكن عمل حفلة أسرية بسيطة احتفالا بتغلبه على المشكلة .

ط ـ استمر في تأكيد العلاقة الإيجابية بالمدرسة لتجنب أي انتكاسات مستقبلية قد تحدث لأي سبب آخر كالعدوان الخارجي من أطفال آخرين أو المعاملة القاسية من مدرسيه وذلك لمعالجة هذه الأشياء أولا بأول .

الفصل الثالث عشر
خطة للتغلب على اضطرابات الانتباه لدى الطفل

تشتت الانتباه عند الطفل من الأشياء التي تعوق التفاعل معه، وتعوق استجابته للبيئة، وبالتالي تعطل من قدراته على التعلم بفعالية. وتشتت الانتباه في حد ذاته من الأعراض الرئيسية المرتبطة باضطرابات الحركة، وتمثل تحديا حقيقيا لفاعلية العمليات العلاجية. وتزداد آثاره السلبية خاصة في المدرسة بسبب ما يخلقه من صعوبات في إدارة الفصل الدراسي، فضلا عن مخاطر التأثير في الأطفال الآخرين. وتهدف الخطة العلاجية التالية إلى تركيز الانتباه وزيادة مداه الزمني تدريجيا، مع ما يصحب ذلك من تزايد الفترات المنقضية في أداء نشاط معين (للاستغراق في النشاط).

يحتاج المعالج أو المعلم أو الأبوان إلى أدوات منها: كرسيان، طاولة (منضدة)، وبعض المدعمات الإيجابية المرغوب فيها من الطفل (أطعمة، حلوى، ومشروبات)، فضلا عن بعض الأدوات الأخرى بما فيها ملاعق، شوكة، مفاتيح، مكعبات، كرة، كتاب.. إلخ.

يمكن للتدريب أن يتم في أي مكان، ويمكن إنجاز التدريب حتى إذا كان الطفل مع الأطفال الآخرين في الفصل أو المؤسسة.

وتركيز الانتباه مهارة تتكون من أربع مراحل من السلوك، وعادة مايكون

أي طفل قادرا على أداء كل مرحلة منها، ولكنه قد يعجز عن القيام بها في الوقت المناسب وبالترتيب الملائم.

مراحل تشكيل سلوك الانتباه:

تعتمد عملية تدريب الطفل الذي يعاني تشتت الانتباه على تشكيل سلوكه بشكل منظم حتى يكون قادرا على أداء المراحل الأربع للانتباه وهي:

١ ـ الاستمرار في الجلوس بهدوء لدقائق عدة في وقت محدد.

٢ ـ النظر إليك والاستجابة لك عندما تناديه أو تذكر اسمه.

٣ ـ النظر إلى شيء معين عندما تطلب منه ذلك: أي في الوقت الملائم.

٤ ـ أداء عمل أو نشاط معين لفترة محددة.

المرحلة الأولى:

بالنسبة للتدريب على المرحلة الأولى: اطلب من الطفل أن يجلس على الكرسي الذي يواجهك. إذا استجاب لك وجلس ولو لمدة ٣٠ ثانية قدم له مدعما إيجابيا، مع مدحه، واتجه للمرحلة الثانية.

إذا لم يستجب الطفل، وبدأ ينط ويقفز هنا وهناك، أو أفرط في الحديث أو الحركة، واستمر في سلوكه الفوضوي، فإنك تحتاج إلى تدريبه على الجلوس بهدوء بالطريقة التالية:

اسأله أن يجلس بهدوء، واجعل سؤالك له مصحوبا بحثّه بلطف من ذراعه أو كتفه حتى يجلس لمدة ٥ ثوان. امتدح ذلك لفظيا على الفور، مع تقديم مدعِّم ملموس (طعام أو حلوى). استمر في الطلب إليه أن يجلس بهدوء مع التوقف تدريجيا عن الحث البدني، وفي كل مرة يجلس استمر في

امتداح سلوكه وتدعيمه بالطريقة نفسها.

خلال جلوسه لا تقدم المدعمات اللفظية أو الملموسة والطفل يتحرك بشدة أو يهز الكرسي الذي يجلس عليه. انتظر على الأقل ٥ ثوان لكي يهدأ قبل أن تعطيه التدعيم المطلوب.

عندما ينجح الطفل في الجلوس بهدوء لمدة ١٠ ثوان، ابدأ تدريجيا في زيادة هذه الفترة خمس ثوان في كل مرة حتى يبلغ طول الفترة (٣٠ ثانية)، وتجنب زيادة هذه الفترة بشكل مفاجىء أو سريع، وكن صبورا. وفي كل مرة يحدث فيها السلوك الصحيح (الجلوس بهدوء للفترة المحددة) قدم التدعيمات اللفظية بسخاء.

ويجب ألا تستغرق جلسة التدريب أكثر من ١٠ إلى ١٥ دقيقة. بل يمكنك أن تطلب من الطفل أن يغادر كرسيه ويتجول بالغرفة كل دقيقتين أو ثلاث. ولكن تأكد أن يتم ذلك بعد أن يكون الطفل قد جلس بهدوء لوقت ملائم. انتقل للمرحلة الثانية بعد أن يصل الطفل للسلوك المحوري وهو الجلوس بهدوء لمدة ٣٠ ثانية.

المرحلة الثانية:

ويتطلب التدريب في المرحلة الثانية، تدريب الطفل على النظر إليك عندما تنادي اسمه ويتم ذلك وفق الخطوات التالية:

اسأل الطفل أن يجلس كما تدرب على ذلك. عندما يجلس بهدوء انطق اسمه عاليا. إذا نظر لك الطفل ولو لفترة خاطفة (ثانية أو ثانيتين)، قم بتدعيمه فورا. لا تقم بالتدعيم إذا كان الطفل يفرط في الحركة.

إذا لم ينظر الطفل إليك عند مناداته باسمه، فإنك تحتاج إلى تدريبه على تشكيل هذه الاستجابة.

عندما يجلس الطفل اطلب منه أن ينظر إليك: «محمد انظر إليّ». انتظر فترة قصيرة ثم قم بتدعيمه حالما يوجه نظره إليك، واستمر في هذا الإجراء. في كل مرة ينظر إليك قم بتدعيم ذلك السلوك فورا. حاول بعدئذ أن تزيد تدريجيا الوقت الذي يمر بين بدء النظر إليك وتقديم المدعم لتزيد فترة نظره إليك، إلى أن يصبح قادرا على النظر إليك لمدة ٥ ثوان عندما تنطق اسمه.

إذا لم يحدث ذلك ولم ينظر إليك عندما تنادي اسمه. كرر الطلب: «محمد انظر إليّ»، ولكن أضف هذه المرة الحث البدني بوضع أصبعك أسفل ذقنه وثني رأسه برفق حتى يتمكن من رؤيتك. قم بتدعيمه فورا. ضع المدعم أمام عينيك ثم قدمه له فورا حالما يتمكن من النظر إليه، ومن ثم النظر إلى وجهك وعينيك.

كرر هذا الإجراء السابق القائم على الحث اللفظي والبدني مع التدعيم الفوري حتى يتمكن الطفل من الوصول للاستجابة الملائمة (النظر إليك عندما تنطق اسمه). تخلص تدريجيا من الحث البدني حتى يتمكن الطفل من النظر إليك من خلال الحث اللفظي فقط. تذكر أن تخفض تدريجيا المدعم عن مستوى عينيك حتى تتأكد أن الطفل أصبح قادرا على النظر إليك وليس النظر للمدعم فحسب.

استخدم نفس الإجراء لزيادة الوقت المنقضي في الجلوس بهدوء. وعندما يكون الطفل قادرا على ذلك مع النظر إليك عندما تنطق اسمه. . توجه للمرحلة الثالثة.

المرحلة الثالثة:

في المرحلة الثالثة يتم تدريب الطفل على النظر لبعض الموضوعات أو القيام ببعض النشاطات البسيطة عندما تطلب منه ذلك. ولكي يتم التدريب بنجاح ينبغي اتباع الخطوات التالية:

ضع واحدا أو أكثر من الموضوعات أو الأدوات التي سبق إعدادها(ملعقة أو مفتاح أو كتاب أو كرة. . إلخ). اسأل الطفل أن «يجلس» وأن «ينظر إليك» كما في الخطوتين الأولى والثانية. اسأله بعدئذ «أن ينظر إلى الكرة» (مثلا) بينما أنت تشير بأصبعك إليها. دعم الطفل لفظيا وبدنيا فورا إذا ما استجاب لك بالنظر إلى الكرة.

إذا لم يحدث ذلك. استخدم أسلوب الحث البدني بالطريقة السابقة. أعد عليه طلبك بأن ينظر إلى الكرة، وأنت في الوقت نفسه تلوي رأسه برفق لكي يكون من السهل عليه أن ينظر إليها. كرر نفس الإجراء في المرحلة الثانية أي بأن تجعل المدعم قريبا من الموضوع الذي تريد من الطفل أن ينظر إليه. ثم قم بالتدعيم فورا. حاول أن توقف تدريجيا الحث البدني حتى يتمكن الطفل من النظر للشيء المطلوب كاستجابة للتعليمات اللفظية فحسب، ومن دون مساعدة منك. تذكر: يجب أن يكون الطفل جالسا وبهدوء خلال الاستجابة حتى تعطيه المدعم. وعندما يحدث ذلك، علمه أن يمارس نشاطات معينة استجابة للتعليمات التي تلوتها عليه كما في المرحلة الرابعة.

المرحلة الرابعة:

في المرحلة الرابعة يتم تدريب الطفل على أداء نشاط معين لفترة زمنية بسيطة تزاد تدريجيا بالطرق نفسها التي استخدمناها في الخطوات الثلاث السابقة:

اطلب من الطفل أن يؤدي نشاطا بسيطا باستخدام الأدوات الموضوعة على المنضدة مثل: رص المكعبات، وضع الأدوات في صندوق، تجميع أشياء بسيطة. . إلخ. اطلب منه أن يجلس وأن ينظر إلى الأشياء المطلوبة. ثم قل له «محمد أريدك أن تضع هذه الأشياء في هذا الصندوق» وأشر كالعادة

بأصابعك إلى الأشياء ثم الصندوق، وإذا فعل الطفل ذلك قدم التدعيم المرغوب فيه فورا. استمر في التدعيم كل ٣٠ ثانية خلال قيام الطفل بأداء النشاط المطلوب: وهي نقل الأشياء المطلوبة إلى الصندوق. إذا توقف الطفل عن النشاط. انتظر بضع ثوان، وكرر طلبك له بأن ينقل الأشياء إلى الصندوق. دعم فورا حالما يعاود الاستجابة، واستمر في التدعيم كل ٣٠ ثانية إذا استمر في أداء النشاط المطلوب.

إذا لم يستجب الطفل منذ البداية للقيام بالنشاط الذي طلبته منه، استخدم الحث اللفظي مع الحث البدني، بأن تمسك يديه برفق وتوجهها إلى الأشياء المطلوب عملها. ولكن تجنب إرغام الطفل على ذلك، ودعِّم حالما يستجيب ثم استمر في التدعيم كل ٣٠ أو ٤٠ ثانية إذا ما استجاب الطفل. قلل تدريجيا الحث البدني حتى تصل به إلى الاستجابة للقيام بالنشاط المطلوب عند إعطاء التعليمات. اعمل تدريجيا على زيادة الفترة المنقضية قبل تقديم المدعم.

وإذا راعيت هذه التعليمات السابقة.. وأخذت تنتقل تدريجيا من مرحلة إلى المرحلة التي تليها.. وإذا عملت على زيادة الوقت المنقضي بين ظهور النشاط وتقديم التدعيم تدريجيا وبصبر ودون إرغام، فسيكون بإمكان الطفل أن يستجيب للتعليمات المطلوبة وأن يستغرق في أداء الأنشطة المختلفة مدة ١٠ دقائق على الأقل في كل مرة.

الفصل الرابع عشر
خطة لضمان الاستمرار
في التغيرات الإيجابية للعلاج

إن قضية الاستمرار في التغيرات الإيجابية العلاجية التي ننجزها مع الطفل قضية جوهرية لا تقل من حيث الأهمية عن تنفيذ خطط العلاج نفسها. وتبرز أهمية هذه القضية إذا تذكرنا أن كثيرا من الإنجازات العلاجية التي نحصل عليها بطريقة العلاج السلوكي قد تختفي بسرعة إذا لم نستمر في تقوية السلوك الجديد.

وتتبع خطتنا في ذلك الخطوط السلوكية العريضة نفسها التي استخدمناها في اكتساب السلوك الجديد. وعلينا هنا أن نتذكر أن عدم تدعيم السلوك أو عدم الاستمرار في تدعيمه بعد اكتسابه يعني أننا نتجاهله، وأن التجاهل يؤدي إلى الانطفاء. وإذا كنا نوصي باستخدام التجاهل للتخلص من السلوك التدميري أو المرضي، فإننا بنفس الزخم نحذر من استخدام التجاهل في حالة السلوك الإيجابي لأن هذا سيؤدي إلى توقفه وانطفائه. ولهذا نوصي بالخطة التالية لتأكيد الاستمرار في التغيرات العلاجية:

الخطة:

١ــ الآن وقد تعلم الطفل أن يحاكي تصرفاتك، وأن يستجيب لتعليماتك، أو أن يقوم بأي تصرفات أخرى مرغوب فيها، يبقى عليك أن تستمر في

امتداح سلوكه الجديد المكتسب بين الحين والآخر. إن الاستمرار في استخدام كلمات مثل «شكرا» بين الحين والآخر عندما يقوم الطفل بالنشاط المطلوب كفيل بأن يضمن استمرارية ذلك النشاط.

٢ ـ وننصح بشكل عام بتجنب التعليقات السلبية، أو خلق توقعات سلبية. فمن الأفضل أن نحجم عن استخدام كلمات مثل «لا» .. «هذا خطأ» .. «بدأت من جديد تعود إلى العنف» .. إلخ. فاستخدام مثل هذه الكلمات تذكر الطفل بفشله السابق، وربما يؤدي إلى إثارة السلوك نفسه الذي كانت تثيره من قبل وهو الفشل، وكذلك يؤدي ـ استخدامها ـ إلى الإقلال من الدوافع والنشاط الإيجابي. علاوة على ذلك فإن هذه التعليقات التي تأتي عادة بعد الحدوث العرضي للسلوك السلبي قد تمثل اهتماما بذلك السلوك يدعمه ويقويه، كما سبق وأن ذكرنا.

٣ ـ وننصح بالاستمرار في الحث اللفظي لتوجيه انتباه الطفل وضبط هذا الانتباه وجعله محصورا بالنشاطات المرغوب في أدائها.

٤ ـ على أن الحث اللفظي يجب أن يكون متسقا، خاصة إذا كان القائم بالتدريب أكثر من شخص واحد.

٥ ـ كما أنه يجب الاستمرار أيضا في تجاهل السلوك السلبي أو أنماط التعلم القديمة وتبنيه كفلسفة عامة.

وقد تبدو هذه التوجيهات بديهية وبسيطة، وهذا صحيح، ولكن بديهيتها وبساطتها تجعلها قوية الفعالية، لأن بالإمكان الاستمرار فيها، واستخدامها في تشجيع السلوك المكتسب على الاستمرار وتعميم هذا السلوك على مواقف، أي أوقات وأماكن جديدة وممتدة، أقرب إلى المواقف الحقيقية التي يتفاعل معها الطفل عادة.









شكل رقم ٢١ : من المهم بعد تحقق بعض التغيرات الإيجابية في السلوك الشخصي والاجتماعي للطفل، أن تستمر في تدعيمه لأن ذلك سيؤدي إلى تقوية السلوك الجديد وزيادة انتشاره. ويحذر علماء العلاج السلوكي من تجاهل السلوك الإيجابي كالتعاون والمشاركة وتحمل المسؤولية لأن تجاهل هذا السلوك الإيجابي يؤدي إلى انطفائه.

الفصل الخامس عشر

برنامج للتدريب على مقاومة التبول اللا إرادي وضبط المثانة

أ ـ نهارا :

عندما يبلغ الطفل عامه الثاني أو الثالث يصبح قادرا على ضبط مثانته ، ويمكن أن يحافظ على نفسه من دون تبليل ملابسه ببوله . إلا أنه يحتاج بالطبع إلى التدريب . ويمكن إتمام هذا التدريب خلال أسبوعين أو ثلاثة ، سنشرح فيما يلي برنامجا يحقق هذا الغرض :

(١) قم بتصميم جدول للمكافآت يشبه الجدول التالي :

جدول المكافآت الرمزية

الاسم :　　　　العمر :　　　　التاريخ :

السبت	الأحد	الأثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

النجمة معناها أن الطفل : . . . .

(٢) علق الجدول في مكان بارز.

(٣) اشتر بعض الهدايا البسيطة، مستخدما جدول التدعيمات الموجود في هذا الكتاب، (جدول ٣) بحيث تتضمن هذه الهدايا مأكولات أو مشروبات أو أشياء مكتبية. اشتر أيضا بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية.

(٤) اشرح للطفل البرنامج بعبارات بسيطة مثل «أريد أن أساعدك على أن تتوقف عن التبول في ملابسك، وأن تبقى جافا طوال اليوم. وفي كل مرة تذهب إلى الحمام، سأضع لك نجمة مثل هذه على الجدول، وستحصل أيضا على هدية تحب أن تملكها أو تأكلها. ولنبدأ من الآن».

(٥) إذا ذهب فعلا إلى الحمام للتبول، امتدح ذلك لفظيا وعلق على ذلك بأن هذا جميل، وأنه الآن يستحق أن تلصق له نجمة (وقم بلصق النجمة في المكان المناسب.. واسأله ماذا يريد أن تكون هديته.. من قائمة الهدايا الموجودة لديك).

(٦) اعلن في آخر اليوم مع بقية أفراد الأسرة بأنه نجح في الذهاب للحمام أكثر من مرة وأعد امتداح سلوكه وتعاونه.

(٧) في الأيام التي تمر دون أن يبلل ملابسه ضع نجمتين إضافيتين.

إذا رفض الطفل أن يذهب للحمام، لا ترغمه ولا تسخر منه، ولا تغضب، ولكن حثه لفظيا، واستمر في عملية التدعيم بالشكل السابق، وإذا لم يستجب للحث اللفظي لا تغضب ولا تؤنب بل أضف بعض الحث البدني بتربيت خفيف ولطيف.. وقل «هيا سآخذك إلى هناك». كافىء أي مظاهر دالة على الاستجابة الإيجابية كما في الخطوات السابقة.

في الأيام التي تمر دون أن يبلل نفسه، استمر في مضاعفة التدعيم بإضافة

نجمتين ، وامتدح هذا السلوك في نهاية اليـوم علنا أمام بقية أفراد الأسرة . . ثم اسأله كيف يـريد أن تكـون مكافأتـه من قائمة الهدايـا الموجودة أو من هـدايا خارجية يمكن شراؤها .

توقف تدريجيـا عن موضوع الهدايا . . ولكن استمـر في امتداح السلوك . . وإضافة النجوم إلى أن تتحول هي إلى مصدر للتدعيم الرئيسي .

في الأيام التي يبلل فيها الطفل نفسه ، لا تغضب ولا تؤنب ، بل كن هادئا واكتف بتعليق بسيط «لقد نسيت اليـوم وبللت نفسك ، دعني آخذك للحمام حتى أبين لك كيف تقوم بتنظيف ملابسك» .

اطلب منه أن يخلع ملابسه المبتلة وأن يضعها في المكان المعد للغسيل .

ب ـ التبول الليلي :

ويستخدم البرنامج التالي في حالة التبول اللا إرادي أثناء النوم . وهو يتميز كسابقـه بالبسـاطة . وربما يحقق النتيجـة المرجوة في فترة قصيرة . وإذا لم ينجح فإن من الممكن استشارة أحد المتخصصين للبحث عن طريقة أخرى .

يبـدأ البرنامـج بنفس الخطوات السـابقـة ويحتـاج إلى المواد نفسها بما فيهـا جدول المكافآت والنجوم اللاصقة ، والهدايا والمدعمات المحسوسة . تشرح الأم ـ أو الأب ــ للطفل أو الطفلة البرنامج بعبـارة بسيطة مثل : «واضح أنك الآن كبرت وبدأت تنمو وتنضـج . . واعتقد أنك تريد أن نساعـدك على أن تتوقف عن عمليـة التبـول أثناء الليل . . فأنـا أعـرف أنها تسبب لك الإزعـاج بسبب الـرائحة والعمل الإضـافي الـذي يتطلبه غسيـل أغطيتك وملاءات سريـرك . وسنستخدم لـذلك بـرنامج مكـافآت . . ولهذا نريـدك أن تختار الأشيـاء التي تعجبك أو تحب أن تكون لديك من هذه القـائمة (قائمة المدعمات)» . والآن

إذا مـرت هذه الليلـة دون أن تبلل نفسك فستحصل على مكـافأتك فـورا . . وستحصل على نجمة ذهبية في هذا الجدول المعلق هنا .

قدم المدعم المطلوب في اليوم التـالي مباشرة إذا نجح الطفل في الحفاظ على عدم تبوله .

ويمكن تقديم المدعم فورا ويوميا في الأسبوع الأول، وكل يومين في الأسبوع الثاني وكل أربعة أيام في الأسبـوع الثالث . . إلى أن يتوقف المدعم المحسوس . لكن استمر لفترة طويلة في لصق النجوم عن كل يوم يمر دون بلل .

امتدح السلوك أمام أفـراد الأسرة كل مرة ينجح فيها . وإذا فشل الطفل في يوم من الأيـام، لا تقم بتأنيبه أو نقده، بل دعه يضع الملابس والأغطيـة المبللة في المكان المعد للغسيل .

تذكر أن الطفل سينجح في بعض الليالي وسيفشل في البعض الآخر.

استمر في تطبيق البرنـامج حتى ينجح الطفل في المحافظة على نفســه أثناء الليل دون بلل لعدة أسابيع . .

هوامش الباب الثالث

الفصل الحادي عشر

١ ـ Base line

الباب الرابع
نماذج من حالات العلاج السلوكي للطفل

الفصل السادس عشر: حالة الطفلة التي عانت الصعوبات الدراسية وتشتت الانتباه

الفصل السابع عشر: حالة الطفل المكتئب (الانتحاري)

الفصل الثامن عشر: حالة الطفل الذي يشتم وينبو في لغته

الفصل التاسع عشر: إيقاع الأذى بالنفس(حالة الطفل ذي الحكة الدامية)

الفصل العشرون: حالة الطفل الخجول المنعزل

الفصل الحادي والعشرون: حالة الطفلة المذعورة

الفصل الثاني والعشرون: حالة الطفل الذكي المتخلف في دراسته : (قصة من النجاح الأكاديمي)

الفصل الثالث والعشرون: حالة الطفل ذي السلوك الاجتماعي التدميري(طفل مولع بإشعال الحرائق)

الفصل الرابع والعشرون: التغلب على مشكلة تبول لا إرادي بالطرق السلوكية

الفصل الخامس والعشرون: طفل شديد العناد، ملحاح، وسهل الاستثارة (أسلوب ملطف للتغلب على مشكلات صعبة)

مقدمة الباب الرابع

«أخبرني سأنسى أرني فقد أتذكر

ولكن أشركني في الموضوع فسأعي وأفهم»

مثل صيني

يتكون هذا الباب من أحد عشر فصلا، يمثل كل فصل منها دراسة منفصلة لحالات مرضية نموذجية مستقلة منها الاكتئاب، والخجل، والذعر، والتخلف الدراسي والعقلي، والسلوك التدميري.. إلخ. ويختتم هذا الباب بفصل عن العلاج السلوكي بالتعليم الملطف لطفل عانى صعوبات واضطرابات متعددة المصادر. ويبدأ كل فصل منها بشرح لطبيعة كل مشكلة وحدود تأثيرها في سلوك الطفل وعوامل ضبطها بشكل عام مع بعض النصائح والتوجيهات لضمان النجاح في العلاج وتعديل السلوك.

وقد راعينا في اختيارنا لهذه الحالات أن تمثل عينات متنوعة لاضطرابات سلوكية بعضها يمثل نماذج لحالات من البيئة العربية والبعض الآخر لعينات واردة من الغرب أشرنا إلى مصادرها في الموقع الملائم. كذلك راعينا في الطرق التي استخدمت في العلاج أن تمثل قطاعا متنوعا من الأساليب المرتبطة بالنظريات الأربع الرئيسية في التعلم والعلاج السلوكي. ومن ثم سيجد القارىء أمثلة للتدعيم وتعديل أخطاء التفكير والتعليم الملطف وتدريب المهارات الاجتماعية فضلا عن أساليب تشريط السلوك.

الفصل السادس عشر
الطفلة التي عانت الصعوبات الدراسية وتشتت الانتباه

««عالية»» طفلة تبلغ من العمر ست سنـوات. رأيناها لأول مرة وكانت في سبيل أن تلتحق بـالصف الأول الابتدائي. وكان هنـاك اهتمام واضح من قبل أسرتها لمعرفة ما إذا كان بإمكانها مسايـرة زميلاتها في الدراسة بسبب صعوبات في تعلم القراءة والكتـابة وتآذر العضلات الرقيقـة، والتشتت السريع والعجز عن التركيز.

عندما رأينـا «عالية» في المرة الأولى كان من الـواضح أنها على قدر كبير من الإيجابيـة والنشاط، ولم تبـدر منهـا أي دلائل مرضيـة خطيرة. فهي تستجيب للأسئلة بطـريقة ملائمة، وتعـرف ما حولها جيدا، ولم يكن هنـاك مايدل على وجود مخاوف أو مشكلات« انفعالية» أو سلوكيـة خاصة. بل كانت هناك على العكس علامـات تدل على تفوقهـا في عمليات التفـاعل الاجتماعي مما أضفى عليها جاذبيـة خاصة. إلا أنه بـدر منها بعض العلامات الـدالة على التشتت السريع في الانتبـاه والتبرم من بعض أنـواع النشـاط التي تحتـاج إلى استغـراق وانتباه للتفاصيل الدقيقة.

الاختبارات التي طُبقت على «عالية»:

(١) اختبار «كولومبيا» للنضج العقلي لتقدير مستوى الذكاء.

(٢) اختبار تذكر الأشكال لقياس القدرة على التذكر.

(٣) اختبار «فاينلاند» للنضج والذكاء الاجتماعي.

(٤) اختبار «بندر جشتالت» للمساندة لاستبعاد دور العوامل العضوية في الصعوبات التي تعانيها الطفلة.

وبناء على نتائج اختبارات الذكاء والنضج العقلي وما تجمع لدينا من ملاحظات وجدنا أن «عالية» من ناحية التفكير والذكاء تقع في فئة عادية في بعض الاختبارات (اختبار كولومبيا) وفي فئة أعلى من المتوسط في البعض الآخر (كاختبار الذكاء الاجتماعي فاينلاند)، إلا أنها حصلت على درجات منخفضة في الاختبارات التي تتطلب انتباها، وتركيزا دقيقا على التفاصيل والتذكر القريب.

وتوحي هذه النتائج في عمومها بأن مشكلة «عالية» لا ترجع بأي حال من الأحوال إلى تخلف أو تعويق عقلي، بل ترجع إلى صعوبات في التعليم Learning Disabilities ولهذا سنركز - في بقية هذا التقرير - على طبيعة هذه الصعوبات وعلى إعطاء بعض التوجيهات المحددة التي كانت لها فائدتها القصوى في تطور الخطة العلاجية.

جوانب القوة:

(١) نضج اجتماعي واضح.

(٢) الميل للمبادرة والقيادة.

(٣) الخلو من التشخيص السيكياتري (فهي ليست عصابية أو ذهانية كما أنها ليست متخلفة).

(٤) النشأة في أسرة ذات مستوى ثقافي وتعليمي مرتفع وتشجع النجاح الأكاديمي والمهني.

(٥) اهتمام واضح من قبل الأسرة، ووجـود دافع قـوي لـدى الأم بشكل خـاص لمتـابعـة التعليمات ومسـايـرة خطـة التـدريب بحكم عملهـا مدرسة.

المشكلات التي تحتاج إلى المتابعة والتدريب:

تتركز المشكلات الرئيسية في صعوبات التعلّم، خاصة في النشاطات ذات الطابـع الأكاديمي أو الـدراسي. ونعتقد أن أكبر صعـوبتين عانتهما «عـالية» وقت العلاج كانتا:

(١) التشتت السريع وضعف الانتباه للنشاطات التي تحتاج إلى فترة طويلة من التركيـز. فهي لا تكمل مـا تبـدأه، ولا تهتم أحيانـا بـالتعليمات، وتتجنب أو تتحـايل حتى تبتعد عن أداء الأعمال، خـاصة إذا كـانت قـريبة من مـوضوعـات دراسيـة أو مايماثلهـا من الأعمال التي تتطلب انتباها طويل المدى. ويبـدو لنا أن السبب في ذلك يرجع إلى القلق أو الخوف من الفشل ربما بسبب التركيـز على هـذا الجانب. فخوفهـا من أداء العمل بصورة نـاجحة (أو كاملـة) يدفعهـا إلى تجنب التعامل مع العمل الأصلي أساسا خوفا من التوتر النفسي الذي قد يثور.

وعموما فإن هـذا الجزء من المشكلة سنضعه تحت فئة مـايسمى بصعوبات الانتباه[1]

(٢) كـذلك لاحظنا أن هنـاك جانبـا آخر من شخصيـة «عاليـة» يستحق الاهتمام وهو وجود صعوبة واضحة في تحمل الإحباط. صحيح أن هذا الجانب لا يتعلق مباشرة بالنشاط الدراسي أو الأكاديمي، إلا أنه يخلق ظروفا من شأنها أن تعوّق النمو في هذه النشاطات. فنتيجة لهذه السمة فإن «عاليـة» كثيرا ما تنتقل بسرعة من مـوضوع لآخر، وتنـدفع لإعطاء إجابات قبل أن تعطيها حظها من التفكير.

الخطة العلاجية

للتغلب على الصعوبات السابقة ولإعانة «عالية» على النمو الدراسي دون خلق مصاعب «انفعالية»، ركزنا توجيهاتنا على ثلاثة جوانب:

(أ) جو التعلم والتدريس.

(ب) زيادة التركيز والانتباه والدافع للعمل الدراسي.

(جـ) زيادة قدرتها على تحمل الإحباط، ومواجهة الصعوبات، وبالتالي تدريبها على التأمل والتفكير قبل القفز إلى الإجابة.

(أ) الجو التعليمي

حيث إنه من الضروري مساعدة «عالية» بشكل عام على تنظيم وقتها والاستفادة بقدر الإمكان من الوقت المتاح للدراسة، فإننا قمنا بتنفيذ الخطة التالية:

(١) عمل جدول لها بعد العودة من الدراسة مباشرة بحيث يحدد هذا الجدول وقتا لإنهاء الواجبات المنزلية والدراسة، ووقتا للعب، ووقتا لمساعدة الأم (أو غيرها) في بعض النشاطات المنزلية. ونصحنا بأن يبدأ الجدول بعد الانتهاء مباشرة من تناول طعامها إثر عودتها للمنزل وأن تكون أولى فقراته (لمدة ساعة مثلا): الانتهاء من الواجب والإعداد للدرس القادم في اليوم التالي من الدراسة. وبعد انتهاء هذا الوقت تُشجع «عالية» على اللعب والحركة لساعة أخرى مثلا. على ألا يتم أثناء ذلك التعرض بالمرة لموضوعات الدراسة. ويمكن بالطبع تحديد وقت للتليفزيون، ولو أننا نصحنا بالتركيز على النشاطات الحركية التي تتطلب جريا أو سباحة أو حركة. ويمكن الاستعانة بالأم (أو غيرها) في هذا التطبيق.

(٢) التجاهل الكامل للأشياء السلبية، وقد بينا للأبوين أن هذا لا يعني تجاهل الطفلة كشخص، ولكن المقصود هو تجاهل التركيز على جوانب الضعف أو القصور لديها.

(٣) أكدنا على الأبوين أنه يجب عليهما تقديم التشجيع الإيجابي للإنجاز ولمظاهر السلوك الدال على العمل والنشاط كما يتمثل في الاستجابة للتعليمات بدقة، والانتهاء من النشاط أو العمل المحدد، مع تجاهل حثهما على كل السلبيات الأخرى التي قد تحدث بين الحين والآخر.

(٤) ركزنا على إنجاز وحل مشكلة واحدة أو اثنتين فقط في كل مرة، ونظرا لأن المشكلة الأساسية للطفلة هي مشكلة القراءة وصعوبة التعرف على الحروف أو الكلمات أو الجمل، فإن من الواجب التركيز في كل مرة على تعريفها بحرف واحد أو حرفين كتابة وقراءة مع مكافأتها على ذلك، ثم الانتقال بعد ذلك تدريجيا إلى موضوعات أخرى خلال الجلسة.

(٥) يجب أن يكون المكان المعد للعمل خاليا من كل المشتتات، فيرتب الجلوس بحيث يكون إلى طاولة، لا يوجد عليها إلا الورقة والقلم والكتب، في مواجهة الحائط، في أحد أركان الحجرة. كما يفترض أيضا ألا تكون هناك مشتتات صوتية في المنزل (مثلا صوت تليفزيون أو راديو) في ذلك الوقت.

(٦) وبما أن «عالية» تحب أن تكون محاطة بالآخرين، فقد اقترحنا أن يتم العمل مع «عالية» بشكل ثنائي إما مع الأم أو الأب، ويساعدها العمل بهذا الشكل على التقاط جوانب التشجيع ومساعدتها على تنظيم الذهن، كما أنه يخلق أمامها فرصا للتفاعل والاهتمام من قبل الأسرة.

(٧) أكـدنـا أن من المفـروض ألا ينتهي وقت الدراسـة بمسألـة صعبـة أو معقدة، إذ يجب إعطـاؤها دائما شيئا تستطيع النجاح فيـه في نهاية كل فترة حتى لا نخلق إحباطـا أو فشلا. كذلك طلبنـا من الأبوين تجنب الغضب عنـدما يبـدو أنها تعاني صعوبـة تكرار أو أداء عمـل مهما بدا بسيطا لهما. بل نصحنا في هذه الحالة بأخذ ثلاث أو خمس دقائق راحة لكلا الطرفين نبدأ بعدها بروح من الحماسة والتشجيع.

(٨) بينّـا لـلأبـوين أن مـن المستحسن تجزيء وتقسيم العمل الصعب إلى مجموعة من الأعمال الصغيرة البسيطة بحيث تتم مكافأتها ـ بنجمة مثلا ـ على أداء هذه الأعمال البسيطة.

(٩) أكدنا كذلك على جعل عملية التعلم شيقة ومصدرا للمتعة.

(١٠) كما أكـدنا ضرورة امتـداح العمل من حيث جـودتـه والوقت الـذي قُضي فيه سواء نجحت الطفلة أم لم تنجح.

(ب) زيادة التركيز والانتباه للتفاصيل

طلبنا من الأبوين ضرورة توفير المواد الآتية:

(١) أدوات مدرسيـة، كراسات، أقـلام تلوين، أوراق ملونـة، أستيكة، مسطرة، . . الخ.

(٢) كتب بسيطة لتعليم القراءة والتعرف على الحروف والكلمات.

(٣) نجوم لاصقة بألوان مختلفة.

(٤) كراسة مكافآت.

(٥) مقص وألوان مائية، وصلصال.

(٦) مكافآت صغيرة مخبأة في مكان لا تصل إليه الطفلة . . مثلا قطع شوكولاته، أو أي ملبوسات أو مأكولات تحبها «عالية» . . (يمكن الاستعانة في ذلك بقائمة التدعيمات في الجدول رقم ١١).

(٧) عداد أرقام أو سبورة.

ولزيادة الرغبة في التركيز والانتباه صممنا التدريبات التالية:

التدريب الأول: الاطلاع على كل الحروف الأبجدية لمعرفة الحروف التي تعرفها والحروف التي لا تعرفها:

- اعط الطفلة قائمة من الكلمات البسيطة تشمل في البداية الكلمات التي تتكون من حرفين (مثلا ـ أب ـ أم، أخ، ند ـ إلخ).
- اطلب منها أن تتعرف على كل حرف، وإذا تعرفت على أي حرف فالصق لها «نجمة» في كراسة خاصة بالمكافآت. أما إذا لم تتعرف على الحرف فتجاهل ذلك وانطق أمامها الحروف واطلب منها أن تكررها، وإذا كررتها فالصق لها نجمة، وبيّن لها أن كل نجمة تحصل عليها ستكون لها قيمة فيما بعد لأنها ستحول لشيء تحبه أو لمكافأة.

ثم انتقل بعد ذلك لقوائم كلمات من ثلاثة حروف أو أربعة، واستخدم أسلوب النجمة في كراسة المكافآت.

التدريب الثاني: لزيادة الانتباه:

وصف الصور: اجمع مجموعة من الصور المتباينة من الكتب أو المجلات واطلب من الطفلة أن تصف كل ماترى في هذه الصور، وكافئها على كل تفصيل أو شيء تذكره الطفلة بنجمة في كراسة المكافآت.

التدريب الثالث: وصف التفاصيل من الذاكرة:

اعرض صورة أمام الطفلة لمدة ١٠ ثوان ثم خبئها، واطلب منها أن تذكر

ماذا رأت في الصورة. اعط لها «نجمة» لكل تفصيل تذكره من الذاكرة. اعرض الصورة من جديد واطلب منها أن تصف ماتراه في الصورة وهكذا. اعط لها نجمة لكل تفصيل تذكره. إلا أنه يجب أن تكون قيمة هذه النجمة أقل من النجمة التي حصلت عليها مقابل التفاصيل التي ذكرتها من الذاكرة، ومن ثم فإنه يجب أن يكون لون النجمة مختلفا عن النجمة في الحالة الأولى.

التدريب الرابع: التصنيف:

اطلب من الطفلة أن تجمع في كراسة مستقلة كل الصور التي تنضوي تحت موضوعات معينة. . فمثلا: حيوانات أو طيور أو أناس أو مشاهد طبيعية. قسم الكراسة لها بحيث تخصص عددا من الصفحات لكل فئة من هذه الفئات. ثم اطلب منها أن تقص صورا وأن تضعها تحت كل فئة وتلصقها بالصمغ أو ورق اللصاق في المكان المناسب من الكراسة. اعط نجمة أو نجمتين لكل شيء تنجح في قصه أو لصقه في المكان المناسب.

التدريب الخامس: تجميع الصور المتقطعة:

اعطها صورا متقطعة في شكل مكعبات منفصلة عن بعضها، واطلب منها تجميعها، وكافئها على الوقت الذي قضته في حل وتجميع هذه الأشياء، وليس على الدقة، بإعطائها نجمة لكل دقيقة تستغرقها في أداء هذا النشاط ونجمة للأشياء أو القطع الموضوعة في مكانها الصحيح.

التدريب السادس: كشف أوجه الشبه والاختلاف في مجموعة من الكلمات:

ولد. . دلو ـ مثلا. . كافىء وشجع ولكن تجاهل الخطأ.

التدريب السابع: التعرف على الحروف في النص:

اطلب من الطفلة مثلا أن تضع دائرة حول حرف الألف أو الباء أو أي

حرف آخر في نـص مكتوب، وكافئها بنجمة على كـل دائرة صحيحة. ركز في كل درس على خمسـة حـروف أو أقل. وافصل مابين الحروف المتشـابهة. فـلا تجمع بين حرف «ج» و«خ» أو «ق» و «ف» في درس واحد، بل من الأفضل أن تجمع بين «ج» مع «أ» أو «ر»، وذلك تجنبـا للخلط بين الحروف وعدم التبلـور الجيد للحرف والتداخل.

التدريب الثامن: التعرف على كلمات:

اكتب لها مثـلا كلمة «أب» واطلب منهـا أن تضع دائرة حول كلمـة «أب» في نص مكتوب، وكافىء كل دائرة في مكانها الصحيح بنجمة.

التدريب التاسع: نسخ الحروف بالأصابع:

اطلب منهـا أن تكتب حـرف الألف بأصـابعهـا وليس بـالقلم بغمس أصابعها في ألوان. كـافىء الدقة. امسك بأصابعها بين يديـك وساعدها على رسم الحرف أو الكلمة الصحيحة. ارسم أمامها الحروف بنفسك واطلب منها مـلاحظتك وأنت تفعل ذلـك إلى أن تتمكن من عمل الشيء نفسـه بنفسهـا، واعطها نجمة وكلمات تشجيع لذلك.

إن التكرار وإعطـاءها الـوقت الكافي لإنجـاز العمل مهمان للغايـة، فهذا يحول الدراسة إلى موضوع شيق للعب وليس واجبا ثقيلا.

التدريـب العاشر: الانتقال للقلم بعد الأصـابع ولكن من خلال عملية الشفـ:

اطلب منها أن تشف الحروف بالقلم وكافيء وشجع جهدها هذا باستخدام كراسة المدعِّمات.

التدريب الحادي عشر: زيادة الانتباه لكلمات مسموعة:

يمكـن أن تستخـدم لـذلـك شريط كـاسيت(٢) يتضمن مجمـوعـة من

الكلمات. اطلب منها أن تسمع ثم أن تعيد بعض الكلمات التي سمعتها. كافىء كل كلمة بنجمة أو بالتشجيع أو بالتربيت أو لفظيا بالشكر. كرر هذا التمرين إلى أن تنجح في رواية قصة سمعتها من التسجيل. ويمكن لهذا الغرض تسجيل قصص بسيطة تقرأها من كتاب مثلا ثم تطلب منها أن تحكي هذه القصص.

التدريب الثاني عشر: زيادة الانتباه للأشياء الملموسة:

اطلب من الطفلة أن تخبيء وجهها، واكتب الكلمات التي تعرفها بأصابع يديك على ظهرها أو على ذراعها، واطلب منها أن تقول لك ما هذا الحرف. كافئها في كل مرة تنجح في ذلك.

التدريب الثالث عشر: تحليل وتحويل الكلمات إلى حروف:

اطلب منها أن تحصي عدد الحروف في كل كلمة من قائمة كلمات وأن تكتب كل حرف مستقلا.

التدريب الرابع عشر: كرر التمرين السابق مُسَجَّلا لتشجيع عملية الانتباه عند الإصغاء:

يمكن أن تكون عملية المكافأة بطريق النجوم أو التدعيم اللفظي، ويمكن إشراك أخيها الأصغر عارف في عملية التدعيم حتى يكون للتدعيم تأثير قوي. كذلك يمكن القيام بهذه التدريبات نفسها معه حتى يقوم بمعاونتها مستقبلا، وحتى لا يشعر بأنها هي الموضوع الرئيسي للانتباه.

التدريب الخامس عشر: الجري:

هناك دلائل قوية على أن الجري يساعد على زيادة النشاط الذهني والانتباه. ولهذا ننصح بالجري وإدماجه في نشاطها اليومي بمكافأتها على كل دقيقة تجري فيها تحت إشراف الأسرة سواء داخل المنزل أو خارجه.

(جـ) زيادة القدرة على تحمل الإحباط ومواجهة الصعوبات

هناك أدلـة واضحة على أن «عاليـة» عندما تواجـه موقفا صعبـا أو محبطا، فإنها بسبب القلق، تتجه إما إلى الانـدفاع الشديد بإعطاء حلـول غير ناضجة أو أنها تعمـد إلى الانسحـاب تمامـا متجنبـة بـذلك القيـام بأي محاولـة على الإطلاق. وهذا الأسلـوب لا يساعدها على تحمل المسائل الـدراسية الصعبة. إذ إنها لا تعطيها حقها من الانتباه والتركيز، ويحرمهـا هذا بالطبع من استغلال إمكاناتها الكثيرة بصورة إيجابية. لهذا ننصح بـأن تتضمن خطة العلاج التوجيه والتركيـز على بناء بعض العـادات الطيبة التي تمكنهـا من تحمل التـوتر وعـدم التشتت عندما تكون المواقـف صعبة أو عسيرة. ولهذا يجب أن نشجع «عالية» على ما يأتي:

١ ــ لا تبدأ أي نشـاط مع «عـالية» إلا بتخطيط مسبق. بمعنى أنـه يجب تهيئتهـا مسبقا من خـلال جدول العمل في الـوقت المناسب. كما أنـه يجب ألا يكون الشخص الذي يعلمها أو يجلس معها (الأب أو الأم أو المعلمة) مرهقا أو مشغولا بشيء آخر مما يجعله هو شخصيا نافد الصبر مثلا.

٢ ــ التعليم في صمت: عنـد الانـدمـاج مع «عـاليـة» في نشـاط دراسي لنتجنب التـدعيم القـوي وكلمات التشجيع الكثيرة إلا إذا كـان ذلك مـرتبطا بـالنجاح في أداء مهمـة معينـة، لأن التوقف المؤقت عن هـذا التشجيع وهذه التعليقـات يجعلها تشعر بالإحبـاط سريعا وربما تعتقد أنها على خطأ فتزداد درجة القلق لديها.

٣ ــ يجب أن يمتلىء جدولها اليومي بنشاطات دراسية وغير دراسية من النوع الـذي ينتهي بها دائما إلى النجاح في أدائهـا: يعني مثـلا غسل طبق،

تنظيف طاولة، ترتيب درج المكتب، تنسيق أوراق لوالدها أو لوالدتها (استعن بجدول النشاطات).

٤ - يجب إعطاؤها وقتا خاصا، نصف ساعة يوميا مثلا، بمفردها مع الأب أو الأم، ويجب أن يكون ذلك في غير أوقات جدول الدراسة، وتترك لها الحرية في شغل هذا الوقت مع أحد الوالدين، ويجب عدم التعرض لموضوعات الدراسة بالمرة خلال هذا الوقت الخاص بها (ويمكن تخصيص الوقت نفسه أيضا لأخيها عارف).

٥ - إذا بدأت عملا فيجب تشجيعها على إنهائه ولو كان صعبا، لأن الأمور المعلقة تثير القلق، والأمور التي ننجزها في وقتها تثير الشعور بالفخر والثقة بالنفس.

٦ - يجب تعليمها أن تخطط وتشارك في التخطيط في جدولها اليومي بحيث يتضمن وقتا للانتهاء من الأعمال الدراسية والواجبات المنزلية، ووقتا للعب، ووقتا للأعمال المنزلية الخاصة بها.

٧ - اعط فترات راحة، بحيث يطلب منها كل ٢٠ دقيقة من العمل أن تتوقف لمدة خمس دقائق للراحة.

٨ - عندما تكمل واجبها المنزلي اطلب منها أن تريكم إياه، وشجع الجدية في أداء العمل وليس التفوق. أي أن التركيز يكون على أسلوب العمل والجدية ومجاهدة النفس وليس على الدرجات.

٩ - ينبغي تجنب مقارنتها بأي من الإخوة أو الزميلات.

١٠ - كن على اتصال بهيئة تدريسها ومدرسيها ومشاركتهم هذه الخطة.

التقدم:

أشارت التقارير التليفونية والشخصية المتجمعة من الوالدين إلى وجود

مزيد من التقدم الأكاديمي والشخصي. وكان من نتيجة ذلك أن الأسرة قررت إلحاقها بالصف الأول بعد أن كان هناك تردد واضح في ذلك من والديها، حيث كانت النية متجهة إلى تأجيل دخولها المدرسة الابتدائية. فضلا عن هذا، فقد حدث تقدم انفعالي واجتماعي واضح، إذ تزايد الوقت الذي تمنحه إياها الأم، كما بدأ الأب يعطيها وقتا إضافيا للتدريس والتسامر بالرغم من مشاغله المتعددة. وبالرغم من أن الطفلة تظهر لديها بين الحين والآخر صعوبات مرتبطة بضعف الدوافع الدراسية، والتشتت، فإن تذكير أفراد الأسرة بالاستمرار في الخطوط العامة للخطة كان دائما يؤدي إلى نتائج وتصحيحات فورية وسريعة. وهي الآن في الصف الثالث.

الفصل السابع عشر

حالة الطفل المكتئب «الانتحاري»

لفترة قريبة كان يُعتقد أن الاكتئاب اضطراب يصيب البالغين فقط ويرتبط بتقدم العمر. ولكن هناك اتفاقا الآن على أن الاكتئاب يمكن أن يصيب الأطفال كما يصيب البالغين. وعادة ما يظهر الاكتئاب لدى الأطفال في شكل مشاعر بالحزن والعجز والذنب والإحساس بالدونية. ويرتبط الاكتئاب لدى الأطفال بكثير من المشاكل والاضطرابات الأخرى مثل الشكاوى العضوية والغضب وتدني المستوى الأكاديمي. والطفل الذي يعاني الاكتئاب عادة مايجد صعوبة في التركيز والانتباه، ويتملكه التشاؤم واليأس. ويسجل المرشد النفسي الطبي الأمريكي (DSM-3-R) عددا من الأعراض ترتبط بالاكتئاب منها: الأرق، التعب السريع، انخفاض مستوى الطاقة، انخفاض مستوى الأداء الأكاديمي والنشاط المدرسي والمنزلي، ضعف التذكر، انخفاض مستوى الانتباه والتركيز، فضلا عن ظهور مشاعر الانسحاب الاجتماعي والتقوقع. وتوضح الحالة التالية محاولة لعلاج الاكتئاب عند طفل في العاشرة من عمره من خلال تشكيل مهاراته الاجتماعية بما في ذلك القدرة على الاحتكاك البصري والمرونة الحركية والحوار (From: Matson, Soris, Fialkov, & Kazdin, 1982).

بيانات عامة

كان الطفل في العاشرة من عمره، وكان يعاني اكتئابا حادا، أدى إلى حجزه

في المستشفي بسبب محاولتـه الانتحار. وقد كـان الطفل ذا ذكاء متـوسط، وذا تـاريخ تميز بنـوبـات من الغضب والعنف وتـدهور مستـوى الأداء المدرسي. وبتطبيق المقـاييـس النفسية، حصل على درجـات تضعـه ــ من النـاحيـة الإكلينيكية ـ في فئة الاكتئاب. وأشارت تقارير العاملين بالمستشفى والمشرفين عليه في العنبر العـلاجي إلى أن تفاعلاتـه الاجتماعية وقدراتـه على التواصل مع الآخـرين تتسم بـالعجـز، بما في ذلك صعـوبـة تبـادل النظـر مع الآخـرين، والحديث بنبرات صـوت مترددة، وخافتـة، والإجابـات الموجزة والمبتـورة. أما تعبيرات الوجه فقد اتسمت بالجمود والخلـو من أي تعبيرات« انفعالية» قوية. كما أن لغته البـدنية غير ملائمة، فقـد كان يغطي وجهه بيده، ويشيح بـرأسه جانبا عندما كان هناك من يحاول أن يبادله الحديث.

العلاج

اعتمـدت خطـة العلاج على حث وتـدريب الطفل على تنميـة أنـواع من السلوك معارضة للسلوك المرضي في المجالات الأربعة الآتية:

الأوضاع البـدنية: وقد تضمن هذا الجانب التعديـل من الأوضاع البدنية للطفل بحيث تكـون مـلائمـة، أي أن تتسم بإظهـار الاهتمام أو الـرغبـة في الحوارات المثـارة معـه. ولهذا، فقـد كـان مـن المطلـوب أن يكف الطفل عن الأوضاع البـدنية غير الملائمـة، مثل تغطية وجهـه بيده، أو الإشـاحة بـرأسه بعيدا عن المعالج أو المتكلمين معه.

تبادل النظر والاحتكاك البصري: تطلب تحقيق هذا الهدف تشجيع الطفل على تبادل النظر والاستمرار في الاحتكاك البصري مع الذين يتحدثون معه.

نبرات الصوت ونـوعية الكـلام: تضمن هذا الجانب تـدريب الطفل على نطق كل الكلمات بصـوت عال وواضح النبرات، والإجـابة عن كل الأسئلـة

التي توجه لـه بحيث تشتمل إجاباته على أكثر من كلمة ، أي لا تكـون موجزة ومبتورة .

الـوجـدان أو المشاعـر الملائمـة التي حـاول المعـالجون تنميتها لـدى هـذا الطفل : اشتملت هذه على تلـوين انفعالاته أثنـاء الكلام أو الحوار من حيث الصوت ، والإشارات ، و إيماءات الرأس والوجه .

إجراءات العلاج

استغرقت جلسـات العلاج وتـدريب المهارات الاجتماعيـة السابق ذكـرها عشرين جلسـة لمدة ٢٠ دقيقة لكل منهـا . وفي كل جلسة منهـا كان المعـالج يطلـب من الطفل أن يقـوم بأداء أو محاكاة الجوانـب المرغوبـة فيها من السلـوك الجديـد . فضلا عن هـذا ، كان المعـالج يتبـادل مع الطفل أنواعـا من الحوار أعدها خصيصا لهذا الغرض لكي تلائم متطلبات وأهداف العلاج . كما شجع الطفل على أن يقوم بلعب الأدوار في الجوانب التي تحتـاج إلى تدريبات حـركية للجسم بما فيهـا استخدام الإشارات والاحتكـاك البصري ، وخلال ذلـك كان على المعـالج أن يعطي الطفل عـائدا أمينـا عن أدائه ويشجعـه على تصحيح استجـاباتـه الخاطئـة خـاصة فيما يتعلق بـالاحتكـاك البصري واللغـة البدنيـة الملائمة .

النتائج والمتابعة

وفي نهايـة كل جلسـة ، كـان المعـالج يمـد الطفل بـالتشجيع وبعض التدعيمات الملمـوسة (كـالحلوى ، والمشروبات) ، لتعـاونه على تنفيـذ البرنامج بغض النظر عن نجاحه في تنفيذ أهداف الجلسة .

أدى تـدريب المهـارات الاجتماعيـة إلى تحسن وتفـوق في المهـارات الأربع

السـابقة، وقـد استمر تحسـن الطفل لمدة ١٢ أسبوعـا وهي الفترة التي أمكن متابعته فيها.

وبهذا بيّن العـلاج النـاجح لهذه الحالـة أن بـالإمكـان تـدريب المهـارات الاجتماعية لدى الأطفال المكتئبين ومعالجة أوجه القصور في السلوك الاجتماعي لديهم، هـذا القصور الـذي يعتبر أحد العنـاصر الرئيسيـة في وصف السلوك المتسم بالاكتئاب.

الفصل الثامن عشر

حالة الطفل الذي يشتم وينبو في لغته

نقدم هـذه الحالة للقـارىء لاطلاعـه على أحد الأسـاليب السلوكيـة التي يمكن تطبيقهـا بديلا للعقـاب، والتي أمكن تـوظيفها بنجـاح بهدف إيقاف مجموعـة من الأطفال عن استخـدام الألفاظ النـابية والشتـائم القبيحة. وإن كانت الخطة العلاجية في هذه الدراسة قد استخدمت مع مجموعة من الأطفال الذين تشابـه سلوكهم، إلا أن بالإمكان تطبيق هذه الخطـة في الحالات الفردية التي تعاني المشكلـة نفسها. ثم إن نجاح الخطـة في هذه الدراسة مع مجمـوعة تعـاني اضطرابـا حادا في السلـوك يوحـي بأن استخدامهـا مع مجموعـات أقل اضطرابا سيكون أكثر يسرا.

والمقصـود بـاللغة النابيـة ـ كما استخدمهـا المعالجـون في هذه الـدراسة (Epstein, Rupp, & Cullinom, 1978) ـ الميل الذي يبديه بعض الأطفال إلى استخـدام الألفاظ ذات المضمـون الجنسي، أو التي تشير إلى استخدام عضـو من أعضـاء الجنس أو الإخراج من أجل التقبيـح من شخص آخر في مـواقف التفاعل.

وقد تكـونت مجموعـة هذه الدراسـة من ستة أطفـال من ذوي الاضطراب السلوكي في أحد فصول التعليم الخاص ممن كانـوا موضوعاً للشكوى من قبل معلميهم وزمـلائهم ومشرفيهم بسـبب ميلهم إلى استـخدام الألفـاظ الجارحة بوفرة.

أما الطريقة التي استخدمت لتعديل هذا السلوك فقد اعتمدت أسلوب التدعيم الفارق للانخفاض في سلوك الشتم[1].

وقد هدفت الخطة إلى التوقف التدريجي عن السباب اليومي حتى يختفي تماما. ومن ثم فإن الطفل الذي يمر اليوم الدراسي كله عليه من دون أن يستخدم لفظا نابيا كان يحصل على عشرين نجمة يمكنه استبدالها في نهاية اليوم بمدعِّمات ملموسة أو نشاطات مرغوب فيها (لعب ـ حلوى ـ نزهة ـ تذكرة لمشاهدة فيلم سينمائي). وبالطبع فقد كان على الطفل لكي يصل إلى هذه النتيجة أن يمر بمراحل سابقة، كانت فيها الفترات الخالية من السباب تتزايد تدريجيا. . وقد تتخللها مرات قليلة من السباب خلال اليوم الدراسي. ثم بسبب الزيادة التدريجية لهذه الفترات تقلص السباب تدريجيا إلى أن اختفى تماما. وقد كان المعالج خلال مراحل الخطة يسجل على لوحة ظاهرة أي لفظ قبيح يستخدمه أحد الأطفال وذلك دون تعليق أو تأنيب لقائله.

النتائج

بعد ٢٨ يوما، أي قبل الموعد المحدد لانتهاء الخطة بخمسة أيام، توقف جميع الطلاب عن استخدام الألفاظ النابية. واستمر هذا التوقف حتى نهاية العام الدراسي. وهو مايوحي بأن استخدام التدعيم الإيجابي عندما يتوقف الطفل تدريجيا عن السلوك المستهجن كان ذا نتائج فعالة وإيجابية في إيقاف الشتائم والألفاظ النابية، وأن من الممكن استخدامه كبديل من العقاب لعلاج مثل هذه الأنواع من السلوك التي تسبب الكثيرمن الإزعاج لكثير من الأسر ورجال التربية في المدرسة.

الفصل التاسع عشر

إيقاع الأذى بالنفس

(حالة الطفل ذي الحكّة الدامية)

إيقاع الأذى بالنفس أو سلوك التدمير ـ الذاتي من الاضطرابات السلوكية التي تشيع لدى بعض الأطفال وتسبب إزعاجا واضحا نتيجة لمخاطرها الصحية على الطفل. وهي تأخذ أشكالا مختلفة منها: نتف شعر الرأس والحاجب، خبط الرأس على الأرض أو الحائط، استخدام أدوات حادة أو مدية بهدف إيذاء النفس، أو حك الجلد إلى أن يدمى.

وتمثل الحالة التالية نموذجا سلوكيا للتغلب على إحدى هذه المشكلات. ويمكن استخدام هذا النموذج للتحكم في مظاهر سلوك التدمير ـ الذاتي المماثلة:

بيانات عامة

كان الطفل في الثامنة من العمر عندما تم تحويله لعيادة العلاج السلوكي من أحد أقسام الأمراض الجلدية. وقد بين التقرير عند التحويل أن هذا الطفل بدأ منذ ثلاث سنوات يحك جلده إلى أن يدمى. وبالرغم من أن الحكة قد بدأت نتيجة لمشكلة جلدية سابقة، فإنها استمرت حتى بعد أن أمكن علاج هذه المشكلة طبيا. وقد أدى هذا السلوك إلى تكون البثور والدمامل على جلد الطفل، وأثار ذلك مخاوف أطبائه وأسرته من أن تتطور الحالة إلى مستوى يصعب التحكم فيه.

وقد اعتمد المعـالجان السلوكيان (Carr & Mcdowell, 1980) اللذان قـاما بعلاج هذه الحالة مبدأ التدعيم الاجتماعي بالطريقة التالية :

العلاج

يتكـون علاج الحكـة الداميـة لدى الطفل من ثـلاث مراحل . في المرحلـة الأولى تم فحص الظـروف المحيطة لتحـديد المواقف السـابقة أو المرتبطـة ببدء الحك . وركز العلاج في المرحلة الثانيـة على إيقاف التدعيم الاجتماعي والانتباه الـذي يحصل عليه الطفل نتيجـة سلوكـه التدميري . أمـا المرحلة الثـالثة فقـد اعتمدت استخـدام أسلوب الإبعاد المؤقت عنـدما يبـدأ الحك ، مع التدعيم الاجتماعي عندما تقل البثور والعلامات الدامية على الجلد .

وقد بينت المرحلتـان الأولى والثانية أن السلوك التـدميري (الخربشة والحك الـدامي) كـان يحدث بشكل مكثف عنـدما كـان الطفل يلعب ، أو يشـاهـد التليفزيـون ، أو أثناء اللقـاءات الأسرية عنـدما كانـت الأسرة تلتقي فيما بينها لمناقشـة أي أمر من الأمور. إضـافة لهذا ، فقد تبين أن السلوك التـدميري كان يلقى اهتمامـا واضحـا من الأسرة ، فقـد كان الـوالـدان يطلبـان من الطفل أن يتوقف عن ذلك ويضربانه ، وأحيانا يقبضون على يده حتى لا يستخدم أظافره في الحك .

إجراءات العلاج وتنفيذه

اتخذ تنفيذ الخطة العلاجية عددا من المحاور منها إبعاد الطفل و إرساله إلى مكان منـزوٍ في المنزل لمدة ٢٠ دقيقـة كلما بدأ يحك جلده . فضـلا عن ذلك ، فقـد كـان على الطفل أن يختـار مـدعما اجتماعيا في بـدايـة كل أسبـوع . وقـد تضمنت التـدعيات الاجتماعيـة الذهـاب إلى حفل سينمائي أو زيـارة متحف لـلأطفـال ، أو اللعب ، أو شراء أجهـزة . . إلخ . وقـد ارتبط تقـديم المدعِّم المرغوب فيه باختفاء بعض العلامات الدامية أو أحد البثور على جلده .

استغرقت الخطة العلاجية شهرين، بدأ السلوك التدميري خلالها يتضاءل بشكل ملحوظ. لكن السلوك رجع إلى ماكان عليه عندما توقف الوالدان عن استخدام الخطة بعد انتهاء الشهرين. وعندئذ طلب منهما المعالج أن يستأنفا الخطة لأربعة شهور أخرى. وفي نهاية الشهور الأربعة، كان التحسن واضحا بالرغم من توقف استخدام الإبعاد المؤقت والتدعيم كليهما، فضلا عن أن جلد الطفل قد بدأ يتماثل للشفاء والصحة.

وتوحي نتائج دراسة هذه الحالة بأن التدمير ـ الذاتي قد يحدث نتيجة عوامل عضوية، لكن استمراره يكون مرهونا بالانتباه والتدعيم الاجتماعي، وغيرها من المكاسب الثانوية. ومن الواضح أن الانتباه لهذه العوامل والتحكم فيها بشكل علاجي يؤدي إلى تحسن واضح حتى ولو كان الاضطراب قد بدأ لأسباب عضوية.

الفصل العشرون
حالة الطفل الخجول المنعزل

يتزايد الخجل الشديد، والعزلة، وقلة الأصدقاء عند بعض الأطفال لدرجة تعوقهم عن التفاعل الاجتماعي السليم، وتحرمهم من فرص النمو والتعبير عن الذات. وبالرغم من أن هذا النوع من الأطفال عادة مايكون حاد الذكاء، فإن أحكام الناس عليهم تضعهم في درجة أقل مما هم عليه، ويراهم زملاؤهم على أنهم أقل جاذبية ومهارة من الزملاء الآخرين الذين يتسمون بالانطلاق وبعض الجرأة في التعبير عن النفس.

والخجل الشديد والعزلة يستحقان في حد ذاتهما الجهود العلاجية خاصة عندما يصبحان مصدرا لإحباط الطفل والأسرة وشقائهما، فضلا عن أنهما سابقان أو مصاحبان لاضطرابات أخرى أشد خطرا، مما يوجب ضرورة الاهتمام العلاجي بهما. وتمثل الحالة التالية نموذجا لاستخدام تدريب المهارات الاجتماعية لدى طفل عربي عانى معاناة شديدة من الخجل لدرجة أعجزته عن التفاعل مع زملائه وأدت به إلى كراهية المدرسة.

بيانات عامة

قدم الطفل «ماجد» الذي يبلغ الرابعة عشرة من عمره لعيادة العلاج النفسي الخارجية بأحد المستشفيات الجامعية مع والديه. وقد قام أحد الكتّاب (ع. إبراهيم) بإجراء المقابلة الشخصية مع الوالدين ومع الطفل، وقام بوضع خطة لتدريب المهارات الاجتماعية للطفل على غرار ماهو مستخدم في مثل هذه الحالات وحسب التفاصيل التي سيأتي ذكرها.

الشكاوى الرئيسية

المشكلة الرئيسية للطفل، كما عبر عنها الـوالدان، هي القصور الشديد في العـلاقـات الاجتماعية والانطـواء المرضي الشـديـد والخجل والعزلـة وانعـدام الأصـدقاء والانفـراد بـالنفس لفترات طـويلـة بحجة الصـلاة أو الاستماع إلى التسجيلات الدينية بحيث يقضي أغلب وقته في حجرتـه. وقد كانت علاقاته الاجتماعية حتى بالأقارب والجيران محدودة للغـاية، واقتصرت على المجاملات الاجتماعية القصيرة، التي يبترها بسبب خجله الشديد.

وقد لاحظ المعالج بالفعـل أن الطفل كان يتجنب الاحتكاك البصري، وقد كان يرد على الأسئلة الموجهـة إليه بإجابات قصيرة (نعم، أو لا، أو لا أستطيع أن أحدد بالضبط).

وبتطبيق أحـد اختبارات الشخصيـة للقلق والاكتئـاب حصل الطفل على درجات مرتفعة في كلا المقياسين. وهذا يشير إلى أن قلقه العصابي قد تفاقم إلى حـد ربما كـان السبب في ارتفـاع درجـاتـه على مقيـاس الاكتئـاب بما في ذلك الإحسـاس بـاليأس والعجـز. لكن عمليـاتـه المعرفيـة وقـدراتـه على التفكير والاستيعـاب والتـذكـر كـانت ــ بحسب الملاحظـات المسجلـة والاختبـارات المستخدمة ــ على مستوى لا بأس به. كذلك لم يكن هنـاك ما يشير إلى وجود اضطـرابات إدراكيـة شاذة (هـلاوس)، أو اضطرابـات في اللغة والتفكير ممـا جعلنا نستبعد وجـود اضطرابات ذهانيـة مصاحبة أو مسؤولـة عن الحالة التي كان «ماجد» فيهـا. لهذا فقد شعرنا أن قصور المهارات الاجتماعيـة هو المصدر الرئيسي لتطور الأعراض المرضية لدى« ماجد».

الخطة العلاجية

تركـزت الخطة العـلاجية على زيـادة قدرات «مـاجد» على الحوار ومبـادلة

الأحاديث الودية والعابرة. وقد تطلب تحقيق هذا الهدف تدريب «ماجد» على اكتساب أربع قدرات هي:

(١) إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكثفة أو المتتابعة عن موضوع معين.

(٢) التعليق على ما يسمع مع تنويع هذا التعليق بحيث يشمل إما إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ.

(٣) الاحتكاك البصري الملائم.

(٤) التشجيع على إظهار الاهتمام بالآخرين وتنمية علاقاته بهم بصورة تتسم بالدفء والتقبل.

وقد تم تدريب كل قدرة من القدرات السابقة بشكل مستقل، واستغرق تدريبها معا خمسة عشر أسبوعا في عشرين جلسة علاجية استغرقت كل منها نحو ٤٠ دقيقة في المتوسط.

الأساليب العلاجية

أما الأساليب التي استخدمت فقد تنوعت بحيث اشتملت على كثير من الفنيات السلوكية بما فيها:

(١) التدريب على الاسترخاء العضلي.

(٢) الاقتداء بالمعالج: الذي كان يقوم أحيانا بتمثيل السلوك الملائم، كالقدرة الملائمة على الاحتكاك البصري، أو التعبير عن الرأي في مناقشة أو مشادة تكون قد حدثت مع «ماجد».

(٣) لعب الأدوار: حيث كان المعالج يطلب منه أن يؤدي أو يقوم بتمثيل السلوك الملائم بعد الاتفاق على خطوطه العريضة.

(٤) واجبات منزلية خارج العيادة: كان يطلب من «ماجد» أن يقوم ببعض المجازفات الاجتماعية المحسوبة، بأن يبادر بعض الزملاء بالتحية، والدخول معهم في حوارات اجتماعية، وعمل اتصالات تليفونية.

(٥) التعديل المعرفي لبعض الأفكار الخاطئة: كتدريبه على تجنب نقد النفس، وعلى الانتباه للحوارات الداخلية الانهزامية التي كان «ماجد» يرددها عند الدخول في احتكاكات اجتماعية مع الآخرين. ومن الأفكار التي ركزت عليها خطة العلاج والتعديل:

(أ) التفوق والنجاح الأكاديمي لا يعني بالضرورة الانزواء وتجنب التفاعل الاجتماعي تماما مع الآخرين.

(ب) التدين لا يعني التخلي عن السعادة الشخصية.

(جـ) التطرف في الأحكام بديل غير ملائم للتعبير الحر عن الرأي وطريقة غير صحية لمواجهة القلق الذي يثور عند تعارض أفكارنا مع الآخرين.

وقد راعى المعالج أن تقتصر كل جلسة علاجية من جلسات العلاج على هدف واحد من الأهداف العلاجية، يقوم خلالها بعرض المشكلة، وما تم إنجازه من أجزاء منها في الجلسات السابقة، مع تحديد المطلوب عمله والتدريب عليه في المستقبل وتصحيح الأداء وابتكار بعض الواجبات المنزلية الملائمة.

فمثلا، إذا كان الهدف هو التدريب على إلقاء الأسئلة فقد كان الطفل يدرب في كل جلسة على تنمية أحد الجوانب المرتبطة بمهارة إلقاء الأسئلة.

ومن ثم خصصنا جلسة للتدريب على إلقاء أسئلة مناسبة للموقف وليست الأسئلة نفسها التي دربه المعالج عليها ، وجلسة مستقلة للتدريب على إلقاء أسئلة متلاحقة ومتماسكة حول موضوع معين بدلا من الأسئلة المتناثرة الموقفية . . وهكذا .

أما عن التقدم في العلاج ، فقد كان التحسن واضحا في كل المهارات الأربع التي كانت موضوعا للتدريب . وبتتبع الطفل لمدة أربعة شهور بعد انتهاء الجلسات كان التقدم في هذه المهارات مستمرا . وبسؤال الوالدين كان هناك اتفاق على حدوث التحسن ، فضلا عن التحسن في تكوين الأصدقاء وفي المرونة الاجتماعية .

وبالرغم من أن الوالدين استمرا يراجعان المعالج لأسباب سلوكية أخرى خاصة بطفلهما ، فإن تقدمه في اكتساب المهارات الاجتماعية ، ونمو قدراته على التفاعل الاجتماعي وصلا لدرجة من التحسن بحيث لم يكونا موضوعاً بعد ذلك للعلاج أو لقلق الوالدين والطفل .

الفصل الحادي والعشرون

حالة الطفلة المذعورة

الخوف لدى الطفل يمثل فصلا رئيسيا من فصول أي كتاب عن الاضطراب الانفعالي والعلاج النفسي للأطفال، ويمثل كذلك إحدى الشكاوى الرئيسية لزوار العيادات النفسية من الأطفال. وفضلا عما يسببه من تعاسة وإزعاج للطفل، فإن الأسرة بكاملها قد تعاني بسبب وجود طفل خائف.

وللتغلب على مخاوف الطفل، توجد مناهج علاجية عرضنا لبعضها وسنعرض في الحالة التالية تطبيقا عمليا لأحد أهم هذه الأساليب شيوعا: وهو التعرض التدريجي لموضوع الخوف.

اعتبارات عامة في علاج الخوف

على أن هناك بعض الاعتبارات العامة التي يجب على الوالدين أن يراعياها عند التعامل مع مخاوف الطفل:

١ ـ التزم الهدوء والثبات لكي ترسم أمام الطفل نموذجا لسلوك معارض للخوف والجزع. ولا تنس أن كثيرا من مخاوف الأطفال تكتسب من خلال ملاحظة الكبار والاقتداء بهم.

٢ ـ عالج كل خوف على حدة، ولا تتوقع علاجا لكل مخاوف الطفل في وقت واحد.

٣ ـ تجنب التعرض المفاجىء أو الحاد أو المباغت للموضوعات المخيفة.

٤ ـ عرّض الطفل تدريجيا وفي خطوات صغيرة لموضوع خوفه.

٥ ـ امتدح سلوك الطفل لأي نجاح يحققه في القضاء على مخاوفه.

٦ ـ تجاهل العبارات الدالة على الخوف ولا تعلق عليها.

٧ ـ اجعل توقعاتك واضحة.

٨ ـ كن صبورا، ولا تدفع الطفل دفعا ـ قبل أن يكون معدا ـ للمراحل التالية.

والحالة التالية التي قام بتناولها المعالج السلوكي «هيربيرت» (Herbert, 1987) تمثل توضيحا عمليا لهذه المبادىء في علاج مخاوف الأطفال.

وصف الحالة

الطفلة، التي نحن بصدد الحديث عن حالتها، تبلغ الخامسة من العمر، وقد حُولت إلى إحدى عيادات العلاج السلوكي بسبب الخوف الشديد من الحيوانات[1]، وقد بدأت مخاوفها، في أول الأمر، عندما كانت في الثالثة من العمر، محصورة بالكلاب. ثم بدأ هذا الخوف يتطور ويشتد ويتعمم حتى تحول إلى خوف مرضي شديد من كل الحيوانات والطيور والحشرات. ووصل بها الخوف لدرجة أعجزتها تماما، ومنعتها من مغادرة منزلها، وأوقفت كل نشاطاتها الاجتماعية. وإذا حدث وشاهدت حيوانا أو حشرة أثناء اللعب مع زميلاتها فقد كانت تجزع وتفر عائدة إلى المنزل. وقد تطور خوفها إلى اضطراب هيستيري، قوامه الجزع والصراخ والصياح الشديد. بل أوشكت في إحدى المرات أن تتعرض لحادثة مرورية كادت تودي بحياتها عندما صادفت حشرة

تـزحف فـأخـذت، لـذعـرهـا، تجري في منتصف الشـارع مخالفـة قـواعـد السلامة.

الإعداد للخطة العلاجية

تم الإعداد للخطة العلاجية التي سنعرض تفاصيلها توا من خلال الاتفاق بين المعالج والأم، على أن تتولى الأم تنفيذ الخطة في المواقف الحية التي لا يكون فيها المعالج موجودا مع الطفلة. وقد عرض المعالج الخطة المتدرجة على الأبوين وطلب منهما أن يتقدما نحو مراحل العلاج مرحلة مرحلة تدريجيا ودون تعجل تجنبا لحدوث أي نكسات علاجية.

خطة العلاج

تكونت خطة العلاج من مرحلتين رئيسيتين هما: التعرض التدريجي الرمزي والتعرض التدريجي في مواقف حية بالشكل الآتي:

تـولى المعـالج في المرحلـة الأولى تعريـض الطفلة للحيـوانـات من خـلال القصص والـرسم وتلـويـن صـور الحيـوانـات والطيـور والحشرات المختلفـة وقصها، فضلا عن اللعب بالنماذج الحيوانية المحشوة أو المصنوعة من المطاط. وقـد كـان الهدف من هذه التـدريبـات خلق ألفـة بين الطفلـة وموضـوعـات الخوف، فضـلا عن تكـوين رابطة سـارة ومبهجـة ومثيرة للخيـال والتقبل مع موضـوعات الخوف (أي الحيوانات والطيـور). ولأن هذه التدريبـات أجريت في منزل الطفلة، فقد كانت لها فائدتها التربوية للأم التي كانت تلاحظ المعالج خلال هذه التـدريبات وتتعلم منه بعض الفنون المطلـوبة للتخلص من القلق من خلال اللعب، والاسترخاء، وتغيير الانتباه. وفي النهـاية كان بإمكان الأم أن تتولى استكمال هذه التدريبات مع الطفلة.

أما المرحلة الثانية فقد تضمنت تعريض الطفلة تدريجيا لمواقف حية لموضوعات الخوف.

وقد استغرق تنفيذ المرحلتين عددا من الجلسات بالشكل الآتي:

الجلسات: الأولى والثانية والثالثة:

خلال هذه الجلسات الثلاث الأولى أسهم المعالج والأم مع الطفلة في تنفيذ النشاطات الآتية:

(١) عرض رسوم حيوانات أو طيور لتوضيح بعض موضوعات مرتبطة بقصص الحيوانات التي كان يحكيها المعالج للطفلة.

(٢) تلوين نماذج من الصور الممثلة لمشاهد طيور أو حيوانات أو حشرات انتقاها المعالج بعناية وشجع الطفلة على قصّها بعد تلوينها. وطلب منها وضعها في كتاب نشاطات خاصة بالطفلة، أو تعليقها في حجرتها.

(٣) استمتعت الطفلة بهذه النشاطات بعد فترة خوف وتوجس نتيجة لقيام المعالج بتشجيعها وإعطائها معلومات إيجابية عن الموضوعات المرتبطة بمخاوف الطفلة (مثال: الدجاج يمدنا بالبيض، الكلاب تحمي أصحابها بوفاء وترشد المكفوفين، النحل ينتج لنا عسل النحل.. إلخ).

(٤) تعاونت الأم في اختيار قصص مرتبطة بالحيوانات والطيور وغيرها وقراءتها للطفلة.

وفي نهاية الجلسة الثالثة، كان من الواضح أن الطفلة بدأت تدريجيا بالتغلب على توجسها السابق، فأصبحت تتعامل بقليل من الخوف، وبدأ

قلقها يقل عند التعرض الرمزي لصور الحيوانات والطيور والحشرات وللقصص المرتبطة بها، وأدى هذا التقدم إلى الانتقال للمرحلة التالية من العلاج.

الجلسة الرابعة:

أخذ المعالج الطفلة للتنزه بجوار إحدى البحيرات القريبة، وطلب منها أن تلتقط - باستخدام آلة التصوير - صورا للبجع والطيور البحرية من مسافة بعيدة. ثم قرّب الطفلة تدريجيا لالتقاط صور قريبة، وصحبها في العودة إلى محل للطيور المنزلية، وشجعها على إطعام الطيور المنزلية. لكنها بدأت تشعر بالقلق والخوف عندما طلب منها التقاط صورة لكلب يسير في الشارع ولهذا فقد أجل المعالج موضوع التعرض للكلاب لجلسة قادمة.

الجلسة الخامسة:

بدأت هذه الجلسة باللعب بنموذج كلب من المطاط في المنزل وتبع ذلك نزهة إلى الحديقة المجاورة للتعرض التدريجي للحيوانات. وقد استمرت الطفلة في التقاط صور للحيوانات، واستطاعت هذه المرة أن تلتقط صورا للكلاب من مسافة قريبة وبعيدة. ولكنها جفلت عندما رأت عنكبوتا على أرضية الحديقة، إلا أنها لم تتحدث عن هذه الحادثة كثيرا، كذلك تجاهل المعالج هذه الحادثة ولم يجعل منها موضوعا مهما للحديث.

الجلسة السادسة:

قامت الطفلة في النصف الأول من الجلسة في المنزل برسم عناكب، وتلوينها وتعليقها في حجرتها، وخلال ذلك كان المعالج يحادثها عن العناكب وكيف تعيش، والمبالغات التي تُروى عنها خطأ بأنها قد تضر بنا بينما هي في

الحقيقة لا تضر الإنسان.

وفي النصف الثاني من الجلسة السادسة صحب المعالج الطفلة إلى أحد المستشفيات البيطرية حيث أمكن أن تلاحظ بعض الحيوانات كالكلاب، وقد أبدت الطفلة تشوقها واهتمامها بالكلاب أكثر من المرات الماضية، فكانت تسأل عن الكلاب الضالة وأوجه الرعاية التي تقدم لها، ولم يبد عليها الجزع عندما كانت تسمع نباح الكلاب في المستشفى، لكنها رفضت أن تلمسها أو تداعبها حتى بعد أن شجعها المعالج على محاكاته في ذلك.

الفصل الثاني والعشرون

حالة الطفل الذكي المتخلف في دراسته

(قصة من النجاح الأكاديمي)

إن كثيرا من مشكلات التعلم والتأخر الدراسي لا ترجع إلى التخلف العقلي وانخفاض مستوى الذكاء بقدر ما ترجع إلى أخطاء في التربية والعجز عن تكوين الدافع الملائم للنجاح والتفوق لدى الطفل. ولهذا فإن هناك اعتبارات أخرى يجب أخذها في الحسبان عند التعامل مع الطفل الذي يبدأ أداؤه المدرسي في التدهور. وسنذكر فيما يلي هذه الاعتبارات لننقل بعد ذلك للقارىء نموذجا عمليا لإحدى حالات النجاح في العلاج السلوكي في مجال التفوق الأكاديمي.

اعتبارات عامة لمعالجة مشكلات الدراسة

هناك اقتراحات عامة يجب مراعاتها في حالات تدهور الأداء المدرسي وبطء التعلم وهي:

(١) اجعل من التعلم والدراسة خبرة مرتبطة بالسرور والمتعة.

(٢) اجعل من التعلم خبرة مرتبطة بالنجاح وليس بالفشل (أي ركز على النجاحات التي يحققها الطفل حتى ولو كانت صغيرة).

(٣) قدم العلاج حسب خطوات صغيرة. أي ينبغي تشكيل السلوك

المؤدي للتعلم في شكل مراحل صغيرة مع مكافأة كل تقدم جزئي نحو الهدف العام.

(٤) امتدح بسخاء.

(٥) شجع الطفل على ربط خبرة التعلم بنشاط عملي، فالأشياء التي نقوم بعملها نتعلمها أسرع ونحتفظ بها في ذاكرتنا بشكل أقوى.

(٦) ارسم أمام الطفل النموذج الملائم للنجاح والعمل والنشاط. فمن العسير على الطفل أن ينمي إمكانات التعلم والتفوق أو يستجيب لنصائحك، بينما أنت تقضي الغالبية العظمى من الوقت في الثرثرة ومشاهدة التليفزيون والحفلات الاجتماعية التافهة والزيارات طوال أيام الأسبوع.

(٧) اختر مكانا جيدا لطفلك.. بعيدا عن الضوضاء ومعدا خصيصا للعمل.

وفيما يلي وصف لحالة الطفل موضوع هذه الدراسة (Eimers & Aithison, 1978).

وصف الحالة

كان الطفل موضوع هذه الحالة في الحادية عشرة من العمر عندما أحضره والداه وهما في حالة من الجزع والانزعاج. فالطفل يرسب في المدرسة. وماهو أسوأ من ذلك أنه لا يبدو أنه يهتم أو يكترث لذلك. وبالرغم من أن الطفل كان متفوقا في دراسته في العامين الأولين لالتحاقه بالمدرسة، فإن أداءه بدأ في التدهور تدريجيا.

ودلت اختبارات الذكاء التي استخدمها المعالج مع الطفل على أن نسبة

ذكـائه فوق المتـوسط. كـذلك لم تتضح صعـوبات في التعلم أو قصـور عقلي واضح في الجوانب الأخرى من التفكير. وقـد استبعدت هذه النتـائج أن تكون مشكلة هـذا الطفل بسبب التخلف أو صعـوبات التعلم. وقـد أيد مـدرسوه هذه الملاحظـات وأضافـوا أنه كان من قبـل تلميذا جادا وأن لـديه إمكـانات أكيدة على التفـوق، إلا أنه يهمل في أداء واجبـاته، ولا يبذل أي جهـد إضافي تطلبه منه مدرسته، وهو لا يبدي اكتراثـا بحل واجباته المنزلية مما ضاعف من مشكلاته الدراسية وتدهوره.

لقد تبلورت المشكلـة الحقيقية وراء التدهور الـدراسي لهذا الطفل في دافعه الدراسي. ولهذا فقد نصحت معلمة الفصل والـدي الطفل بأن يستعينا بعيادة نفسيـة لمسـاعـدتهما ومسـاعـدة الطفل على التغلب على هـذه المشكلـة قبل تفاقمهـا. وقد قـام المعالج بوضـع خطة من مرحلتين لـزيادة دافعـه الدراسي والتغلب على بعض مشكـلاته السلـوكيـة داخل الفصل الـدراسي وعاونـه في تنفيذها الوالدان والمدرسون (Eimers & Aithison, 1977).

خطة العلاج

المرحلة الأولى: تقوية الدافع الدراسي:

ركز المعالجون على مشكلة أداء الواجبات المنـزلية كسلوك محوري، وقد بدا واضحـا أن الأبـوين لم يبـديـا اهتمامـا بهذا الجانب، وأهملا سـؤال الطفل عن أعماله المنزلية وتـركاها له دون متابعة. صحيـح أنهما كان يطلبان منه بين الحين والآخر أن يؤدي واجبه، لكنه كان يجيبهما بأنـه قد فعل ذلك، فكانا يقبلان ما يقـوله بطيب خـاطـر ويسمحان لـه بالخروج للعب أو مشـاهـدة التليفزيـون معهما. ولهذا فقد كـان من أسباب جزع الأبـوين أنه قـد خدعهما بادعـائه بأنه يحل واجباته، وعندما اكتشفـا ذلك أظهرا له أشد الغضب، وأرغماه على البقاء

في حجرته يوميا لساعتين لإنهاء واجباته المنزلية. وبالرغم من موافقته على البقاء لساعتين في حجرته، فإنه استغل هـاتين الساعتين في قراءات خارجية ومجلات أطفال. واستمر لا يؤدي واجباته المنزلية كما دلت التقارير التي كانت تأتي من مدرسته. وعنـد هذا الحد شعر الأبوان بضرورة استشـارة المعالج النفسي. وفيما يلي الخطة العلاجية التي وصفها المعالج وقام بتنفيذها مع الوالدين:

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة وتعريفها:

بيّن المعالج ـ واتفق معه الـوالدان في ذلك ـ أن المشكلة الـرئيسية للطفل تتركز في فقـدان دوافعه للعمل. فقـد عزف الطفل عـن العمل والدراسـة لأنه ببساطة لم يتلق التدعيم الملائم والإثـابة لهذين النشاطين، أو بعبارة أخرى، لم يتلق تدعيما مـلائما لإنهاء العمل المدرسي والواجبـات اليوميـة. ولم يكن تهديد معلمة الفصل بـالرسوب أو تخفيض درجاتـه كافيا لإذكاء دوافعـه مرة أخرى. وقد رأى المعـالج، أن الحل الرئيسي لمشكلة هـذا الطفل يكمن في أن يجعل من الـدراسة وأداء الـواجبـات المنزليـة أمرا مشجعـا وجـذابا ومـرتبطـا بالتـدعيم الاجتماعي والإثابة.

الخطوة الثانية: مكان خاص للعمل:

من الأسباب التي تبين للمعالج أنها تعوّق الطفل عن أداء واجباته المنزلية، السماح له بإكمال هـذه الواجبات في حجرتـه. فقد كانت حجرتـه مملوءة بكثير من جوانب النشاط واللعب بما في ذلك مجلات الأطفال ولعبه الكهربائية وكل لعبـه المفضلة. لهذا فقـد أوصى المعالج الـوالـدين بأن يخصصا مكـانا مـلائما للدراسة، وقـد اتفق الوالدان على أن تكون منضـدة الطعام هي المكان الملائم لذلك. فقد خلت هذه البقعة مـن المنزل من المشيقات، فضلا عن أنها تميزت بإضاءة جيدة، وكـانت على العموم مكانا جيدا للدراسـة إضافة إلى أنها تمكن الوالدين من مراقبة الطفل.

الخطوة الثالثة: إثارة الحوافز والتدعيم الإيجابي:

تبلورت الخطـوة الثالثة في ابتكار نظـام لإثارة حوافـز الطفل، تم بمقتضاه الاتفاق مع الوالدين على إثابة الطفل على كل نجاح أو تغير إيجابي في دراسته. وقد روعي في برنامج الحوافز مايأتي:

(١) اختيار حـوافز أو مـدعِّمات مرغـوب فيها من الطفل تستحـق منه أن يبذل جهدا للحصول عليها.

(٢) الزيـادة التدريجية للوقت الـذي يقضيه في أعماله المدرسيـة كل ليلة. وقد حـذر المعالج الوالـدين من تغليب رغبتهما في النجاح السريع على توخي الحرص في تطبيق مقتضيات العـلاج التي تتطلب التدرج الحذر في زيادة الوقت الذي يمنحـه الطفل للعمل، وفي مكافأة كل تقدم في هذا الاتجاه.

(٣) امتداح الطفـل بين الحين والآخر خـلال انشغالـه بدراستـه وتشجيعه على مجهوداته..

(٤) المكـافأة الفـوريـة: تعتبر الدرجـات التي تعطيهـا المعلمـة للجهـود الدراسية مكافأة غير مباشرة، ومن ثم فإن تأثيرها التشجيعي ضعيف. ولهذا أصبح تقـديم المكـافأة الفوريـة ضروريـا. وقد نـوِّعت المكـافأة الفورية وعددت لتشتمل على بعض الأطعمة المحببة، أو قضاء نصف ساعـة في مشاهدة التليفزيـون أو الفيديو، أو استخـدام التليفون، أو الخروج للتنزه واللعب.. الخ، وكانت تقدم كل مساء.

الخطوة الرابعة: المتابعة:

اعتمدت الخطوة الرابعة على متابعـة تقدمه وتقييمه. وهنا تبين من خلال

الاتصـال بمعلمة الفصل أن درجـاته قـد أخـذت في التحسن، وأن واجباتـه المنزليـة كانت تتم في وقتهـا وبشكل ملائم. لكن المعلمـة لاحظت أن الطفل بـالرغم من التحسن الأكـاديمي، فإن سلـوكـه في داخل قاعـة الفصل اتسم بالانـدفاع نحـو الشتم وإثارة بعض الفوضى ممـا كان يحول بينـه وبين الانتباه الجيـد. وقـد شعـرت المعلمـة أن الطفل بإمكـانـه أن يتفـوق أكثـر وأن يحقق إمكاناته بصورة أفضل لو تخلى عن هذه المشكلات السلوكية.

ولهذا فقـد اتفق الوالـدان مع المعـالج على وضع خطة أخـرى للتغلب على هذه المشكلات السلوكية وفق الخطوات التالية:

المرحلة الثانية: التغلب على المشكلات السلوكية

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة:

دعا المعالج معلمـة الفصل لحضور إحدى الجلسات مع الـوالدين بغرض تحديد مشكـلات الطفل، ولكي يكسب تعاونهم في التخطيط للعـلاج وتنفيذ الخطة. وقد تبين أن مشكلات الطفل في المدرسة شملت مايأتي:

أ ـ العزوف عن أداء أعماله الإضافية في المدرسة، أي الافتقار لدافع المنافسة الدراسية.

ب ـ التنكيت مع الزملاء، والتعليقات غير الملائمة، وكثرة الحركة، وعدم الانضباط. وقـد تبين أن هذه المشكلـة ترتبط بالـرغبة في إثـارة الانتباه بشكل غير نـاضج. وقد كـان من الواضح أن زمـلاء فصله قـد أحبوا طـريقته وكـانوا يستجيبـون لتصرفاتـه المضحكة، ونكـاته بـالضحك والمودة. حتي المعلمـة، ولـو أنها لم تكن تشـارك زمـلاءه سعـادتهم بتصرفـاته، فقـد كانت تبـدي اهتمامها السلبي من خـلال السخريـة

ومحاولة الإسكات. لقد تحول الطفل إلى نجـم الفصل وموضوع الانتباه الرئيسي لزملائه ومعلمته بسبب سلوكه غير اللائق.

الخطوة الثانية: التحكم في الإثابة:

تبلورت الخطـوة الثانيـة في البحث عن حل للمشكلة. وقـد تركـزت خطة الحل على التقليل من الإثابات التي يحصل عليها بسبب سلوكه المشاغب، أي بالتقليل من الانتباه الإيجابي والسلبي الـذي يحصل عليه من زملائه ومعلمته. كذلك تركزت الخطة على زيادة حـوافزه وإثابته على السلوك الملائم. وقد اتفق أن يكون السلوك الملائم هو العمل على انهاء واجباته المدرسية والإضافية وعدم تأجيلها حتى العودة إلى المنزل.

الخطوة الثالثة: الإبعاد المؤقت(١) عن مواقف التدعيم السلبي:

تم تنفيـذ الخطـة بحيث يتم الإبعـاد عن الفصل لمدة خمس دقائق عنـدمـا يصـدر منـه سلـوك منـاف للـذوق بما في ذلك التنكيـت أو التعليقـات غير الملائمة. وبـذلك تم حرمانه من المدعِّمات التـي كانت تأتيه من جراء سلـوكه المشـاغب. وكان يسمح لـه بالعـودة للفصل بعد خمس دقـائق، إلا أنه كـان يُستبعد من الفصل من جديد ولمدة مضاعفة إذا ما استمر في السلوك نفسه.

وبالرغم من نجاح الإبعاد المؤقت، فإنه كـان يمثل ـ من الناحية العلاجية ـ نصف الحل. فمن خـلال الإبعاد المؤقت تعلم الطفل أنـواع السلـوك التي يجب التوقف عنهـا، لكنه لم يتعلم بعـد السلوك الجيد المطلـوب عمله. ولهذا فإن من المفروض تدريبه على أنـواع السلوك الملائمة داخل الفصل من خلال برنـامج خـاص لإثارة حوافـزه لأداء السلوك الملائم، وهـو ما طبـق في الخطوة الرابعة.

الخطوة الرابعة: تدعيم السلوك الإيجابي:

تنطوي الخطة العلاجية هنا على إثابة الطفل ومكافأته للوقت الذي يقضيه في مقعده وهو يؤدي واجباته المدرسية المطلوبة. وقد تعاون المعالج مع المعلمة على وضع جدول مكافآت خاص تعده له يوميا، ويحصل الطفل بمقتضاه على نقاط (أو رموز) مقابل الوقت الذي يقضيه في العمل والمتفق عليه مع الطفل والمعلمة سابقا.

وفي نهاية اليوم توقع المعلمة هذا الجدول وترسله مع الطفل إلى المنزل حيث يتم تحويل هذه النقاط أو النجوم إلى مدعِّمات متفق عليها بحسب جدول تدعيم سابق.

وتتطلب هذه الخطة كذلك الاستمرار في امتداح وتقريظ الطفل على تحسنه وعلى التغيرات الإيجابية التي يحققها. كما تقتضي هذه الخطة أيضا التوقف عن اللوم أو النقد عند ظهور السلوك الخاطيء وتجاهل السلوك الدال على الشغب أو عدم الانضباط والفوضى.

وكان امتداح السلوك الإيجابي وتجاهل السلوك السلبي يتم أيضا في المدرسة حيث دربت المعلمة على استخدام الخطةنفسها.

الخطوة الخامسة: التقييم والمتابعة:

عند تقييم المرحلة الثانية من العلاج، تبين أن الطفل قد نجح نجاحا مذهلا في تحقيق أهداف العلاج. فلقد اختفى ــ بعد خمس مرات من تنفيذ برنامج الإبعاد المؤقت ــ سلوكه المشاغب، وتحول إلى طفل نموذجي بمعنى الكلمة. وقد بدأ تحسنه التدريجي يتنامى بشكل ملحوظ، وانعكس ذلك التحسن على درجاته في الفصل الدراسي التالي حيث ارتفعت إلى +B (جيد جدا).

ولم تكن هناك مشكلة واضحة عندما حدث توقف تدريجي عن خطة الحوافز، فلم يتراجع عن سلوكه الجيد عندما توقف تنفيذ هذه الخطة تماما، فقد «أدمن» الطفل السلوك الجيد، وأصبحت دوافع النجاح الذاتية والتدعيمات التي كان يحصل عليها بسبب تفوقه وانتقاله لهذا المستوى كافية لاستمراره في السلوك الإيجابي. كذلك تحققت تغيرات في سلوك الوالدين، فقد اعتادا امتداح السلوك الجيد، وتوقفا عن النقد والعقاب، مما شكل تدعيما إضافيا لاستمرار تفوقه في السنة التالية التي أمكن تتبعه خلالها.

الفصل الثالث والعشرون

حالة الطفل ذي السلوك الاجتماعي التدميري

(طفل مولع بإشعال الحرائق)

تصل مشكلة انحراف السلوك الاجتماعي عند بعض الأطفال أحيانا إلى درجة من الخطر تجعل العلاج السريع مطلبا ملحا. ومن هذه المشكلات تأتي مشكلة السلوك التدميري في المقدمة. ومن الأمثلة الأكثر أهمية لهذا السلوك نذكر تحطيم الأثاث، وإشعال النار، وإيذاء الآخرين، واتلاف ملكياتهم.

اعتبارات عامة للتحكم في السلوك التدميري

وهناك اعتبارات عامة يجب مراعاتها بشكل عام عند التعامل مع هذا النوع من السلوك:

(١) حدد بصورة نوعية السلوك الاجتماعي السيىء الذي يلزم تعديله (مثلا إشعال الثقاب - استخدام لغة نابية).

(٢) ارسم هدفا إيجابيا أمام الطفل يكون معارضا للسلوك الخاطىء واجعل منه هدفا جذابا للطفل (من خلال ربطه بنظام للحوافز والمكافأة).

(٣) استخدم بسخاء التدعيم الاجتماعي والتقريظ لأي تغير إيجابي.

(٤) إذا كان لابد أن تمارس العقاب، فيجب أن يكون سريعا وفوريا

ومصحوبا بوصف للسلوك البديل. وفي هذه الحالات يكون الإبعاد المؤقت أحد الأساليب المفضلة.

(٥) قم بتدريب الطفل على التخلص من أوجه القصور التي قد تكون السبب المباشر أو غير المباشر، في حدوث السلوك الهدام. مثل تدريبه على اكتساب ما ينقصه من المهارات الاجتماعية، وعلى استخدام اللغة بدلا من الهجوم الجسماني، وعلى تحمل الإحباط، وعلى تأجيل التعبير عن الانفعالات، وعلى التفوق في المدرسة.

(٦) ارسم أمام الطفل قدوة جيدة، فلا تسرف في أسلوب العقاب أو التهجم اللفظي، ولا تفقد السيطرة على النفس. فهذه الأنماط من السلوك ترسم نموذجا عدوانيا للطفل يجعل من المستحيل التغلب على مشكلة السلوك العدواني لديه. بل قد تؤدي هذه القدوة الفظة التي يخلقها العقاب إلى نتيجة عكسية.

(٧) استعن بالوالدين والمدرسين لتنفيذ خطة تدعيم السلوك المعارض للسلوك العدواني حتى يحدث تعميم للخبرة المتعلمة.

(٨) يكون السلوك التخريبي للطفل أحيانا نابعا من حرمانه من ممارسة هذا السلوك وتخويفه منه وعدم اطلاعه على طبيعته، ولهذا يستخدم المعالجون أسلوب التشبع بالمنبه والذي من خلاله يتم تمكين الطفل من ممارسة السلوك الخاطىء(كإشعال الثقاب) بشكل مكثف تحت إشراف المعالج، كما في الحالة التي سنتحدث عنها في هذا الفصل.

وصف الحالة

كان عمر الطفل في الحالة التي نحن بصددها سبعة أعوام. وكانت

مشكلته الرئيسية أنه استطاع في مناسبات مختلفة أن يحصل على أعواد الثقاب، ويشعلها في مواقع مختلفة من المنزل، مما أدى إلى إشعال بعض الحرائق في المنزل بما في ذلك حجرته، ولولا يقظة والدته التي كانت منتبهة لهذه المشكلة لكان من الممكن أن تحدث عواقب وخيمة.

فضلا عن هذا فقد كانت هناك مشكلات سلوكية أخرى لدى هذا الطفل منها الخوف من الظلام، والاستيقاظ للأكل خلال الليل، وتسلق أعمدة التليفون، والكذب على الوالدين، وعصيان الأوامر.

على أنه تقرر ضرورة البدء بعلاج مشكلة اللعب بأعواد الثقاب وإشعال الحرائق وذلك لخطرها الشديد من ناحية، ولاستحالة التركيز على أكثر من جانب واحد من المشكلات المتعددة التي كان الطفل يعانيها من ناحية أخرى.

وبعد جلسات قليلة مع الوالدين رسمت خطة العلاج وتم تنفيذها في جلسات متعددة تحت إشراف المعالجين السلوكيين «فيشر» و«جوكروس» (Fischer & Gochros, 1975).

خطة العلاج

تطلبت خطة العلاج أن يقدم المعالج أو مساعده للطفل حالما يجيء للعيادة صندوقا يحتوي على علب كثيرة من الثقاب وأن يطلب منه إشعال أي عدد من أعواد الثقاب شريطة أن يتبع خمس خطوات للحماية من الأخطار. وكان المقصود من هذه الخطوات تنمية العزوف عند الطفل عن إشعال أعواد الثقاب.

(١) لا يستخرج الطفل إلا عود ثقاب واحدا من العلبة في كل مرة، وعليه أن يغلق العلبة بإحكام قبل بدء إشعال العود.

(٢) عند إشعـال العود، يجب أن يكـون قريبا مـن المطفأة التي تكون على بعد حوالي ذراع واحدة من الطفل.

(٣) يجب أن تكون الـذراع الممسكة بالعـود ممدودة وغير قـريبة من الجسم وليست مستنـدة إلى المنضـدة أو إلى الـذراع الأخـرى (لإثـارة التعب والكف السريع).

(٤) يجب أن يسمح لعود الثقاب بأن يظل مشتعـلا حتى نهايته قبل إلقائه في المطفأة.

نتيجة العلاج

قضى الطفل ثلاث جلسـات في عملية إشعال أعـواد الثقاب تميز سلـوكه خلالها بـالفرح والاستثـارة ولم تبدُ عليـه علامـات الملل خلال هـذه الجلسات الثلاث.

امتدت الجلسة الـرابعة ساعة كاملـة وأربعين دقيقة والطفل يمارس إشعال أعواد الثقاب حسب الشروط التي سبق ذكرهـا. ولكن قبل انتهاء هذه الجلسة بعشر دقـائق سأل الطفل ما إذا كـان بإمكـانه أن يتـوقف عن هذه العمليـة، ويؤدي لعبة أخرى في العيادة.

عنـدمـا عـادت الأم بالطفل في الجلسـة الخامسـة أفـادت بأن هنـاك تغيرا ملمـوسا حـدث لدى الطفل. فقـد تـوقف عن إشعال الثقـاب بالمنـزل، كما ظهرت تغيرات إيجابية أخرى في سلوكه.

بعد ثلاث جلسات أخرى من التدريب على التشبع بالمنبه، قرر الطفل أنه يود التـوقف عن إشعـال الثقاب مرة أخـرى، طالبـا البحث عن لعبـة أخرى يؤديها.

استمرت الأم تُحْضِر الطفل لمدة ستة شهور إضافية لعلاج بعض المشكلات الأخرى، وقد كان التحسن ـ حسب إفادتها ـ واضحا جدا في سلوك الطفل وتوقفت تماما عملية إشعال الثقاب.

الفصل الرابع والعشرون
التغلب على مشكلة
تبول لا إرادي بالطرق السلوكية

بعد سن الثالثة من العمر وما بعدها يصبح التحكم بالتبول والتغوط من قبل الطفل أمرا ضروريا. ويتم تشخيص التبول اللا إرادي(1) كمشكلة سلوكية إذا مابين الفحص الطبي الشامل للطفل أنه لا توجد لديه أي عيوب أو تشوهات خلقية في المسالك البولية، أو أنه ليس لديه أمراض عضوية تؤدي إلى ظهور مشكلة التبول أثناء النوم (Stanton, 1982).

وقد بينت نتائج الدراسات التي تمت في الولايات المتحدة الأمريكية في هذا المجال أن حوالي ١٩٪ من الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسادسة تظهر لديهم حالات تبول لا إرادي ليلي. ومن بين النتائج التي تدعو إلى الاهتمام بالمناهج السلوكية المعاصرة في علاج هذه المشكلة أن نسبة نجاح الطرق الأخرى غير السلوكية في التخلص من مشكلة التبول اللا إرادي منخفضة للغاية، إذ تبلغ ١٤٪ بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والتاسعة من العمر، وتصل إلى ١٦٪ بين من تبلغ أعمارهم التاسعة إلى العشرين سنة، وتنخفض بشكل حاد لتصل إلى ٣٪ فقط عند من تخطت أعمارهم العشرين عاما (Schaefer et. al., 1986) ولهذه النتائج أهمية كبيرة من حيث تأكيد الحرص على انتقاء طرق العلاج المناسبة وتطويرها بما فيها العلاج السلوكي المعاصر الذي تبلغ نسبة النجاح فيه أحيانا ٩٣٪ (Mahoney, 1973).

والحالة التالية مثال جيد لظاهرة التبول اللا إرادي الليلي لفتـاة في الخامسة عشرة من عمرهـا تم علاجها سلوكيـا، باستخدام أساليب التدعيم ـ بشكل خـاص ـ كفنيات علاجية مشتقة من نظرية التعلم الإجرائي (الفعال)(٢).

وصف الحالة

قدمت إلى أحد الكتـاب (رضوى إبراهيم) بالعيـادة الخارجية بقسم الطب النفسي في أحد المستشفيات الجامعية فتاة في الثـامنة عشرة من عمرها تصحبها أمها. وقد بدا واضحا منذ المقـابلة التشخيصية الأولى أن المريضة كانت تعزف عن الاحتكاك البصري مما أوحى بأنها تتسم بالخجل الشديد والحياء وعدم الثقة في نفسها، ومع ذلـك فقد كانت من النـاحية الجسميـة على درجة عـادية من الصحة والجمال والجاذبية.

الشكاوى الرئيسية

الشكوى الرئيسية لهذه الفتاة ـ وكما عبرت عنها الأم بنوع من اليأس الشـديد ـ هي عدم قـدرة ابنتها على ضبط نفسهـا في عمليـة التبول أثنـاء النوم. وقـد أشارت الأم إلى مجموعة من التقارير والفحوص الطبية التي كانت تحملها معها مؤكدة أن نتـائج هذه التقارير أثبتت أن ابنتها طبيعيـة طبيا، إذ ليس لديها أي مشكلة عضوية تدعو إلى استمرار التبول الليلي اللاإرادي وبشكل يومي. وقد ذكرت الأم أيضـا أن ابنتها استخـدمت في السابق عـلاجات بـالأدوية لفترات طويلة في محاولة وقف التبـول اللاإرادي مثل التوفرانيل (Tofranil) وغيره مـن علاجات طبيـة أخرى، وجميعها لم تعط أي نتائج إيجابيـة في التغلب على هـذه المشكلة. وقـد أدى استمرار هـذه المشكلة إلى وجـود حساسيـة شديـدة لـدى الابنة، فهي عادة ما تتأثر وتنفعل لأقل الأسباب، وتشعـر بالتعاسة والرغبة في البكـاء في أحيـان كثيرة. كما تطـور لـديها عـزوف واضح عن العـلاقـات

الاجتماعية، فلم يكن لديها صديقات، وهـي تميل إلى العزلة والانفراد بالنفس لأوقات كثيرة، وتجنب لـلاحتكاك أو المشـاركة في أنشطـة الأسرة المختلفة على الرغم من إلحاح أمها عليها بالمشاركة، وكانت دائما تجد المبررات لابتعادها عن جو الأسرة بشكل عام. وبالرغم من شعورها بالضيق والغضب الشديدين تجاه أمها، فقد كـان من الواضح أن مريضتنا متعلقـة ومرتبطة بالأم ارتباطـا قويا. فقد وصفتهـا في إحدى الجلسات العلاجيـة «بأن أمها مثل الملاك الذي أنـزله الله لها كي يحميها من كل صعوبات حياتها». وقد بدا واضحا أيضا تعلق الأم بابنتها إذ عبرت الأم للمعالجة بأنها تحرص حرصـا خاصا على هذه الابنة، رغم وجود ثـلاث بنات أخريـات لها، اثنتين أكبر من المريضة وواحدة تصغـرها، إضافـة إلى خمسة أبناء آخرين. فـالأم تخاف على هذه الابنة وتشعر بمعـاناتها، وقد كـانت هناك أسباب أخرى لطلـب العلاج منها أن هناك أكثـر من شاب يرغـب في الزواج من هـذه الابنة خـاصة بعـد زواج أختها الكبرى وعقـد قران أختها الثانية التي تكبرهـا بعامين. وقد ارتسمت ملامح الحزن والحيرة والتردد في عيني كل من الأم والابنـة عنـد ذكـرهما فكرة الـزواج وهي تعـاني مثل هـذه المشكلة.

وبتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والاكتئاب[٣] حصلت المريضة على درجـات مـرتفعـة على كـلا المقيـاسين. وكـان هـذا مـؤشرا إلى أن قلقهـا العصابي قد تفاقم إلى حدٍ سبـبَّ الارتفاع في درجاتها على مقياس الاكتئاب بما يتضـمنه من إحسـاس قوي باليأس والعجـز. ولكن عملياتها المعرفيـة وقدراتها على التفكير والاستيعـاب كانت، بحسب الملاحظـات المسجلة والاختبـارات المستخدمة، على درجة لا بأس بها بالرغم من انقطاع المريضة عن الدراسة منذ ثلاث سنـوات بعد نهاية المرحلـة المتوسطـة، إذ فقدت الحماسة للـدراسة، ولم تمانع الأسرة في تركها المدرسة حينئذ والبقـاء في المنزل حسب رغبتها. ولهذا فقد

شعرت المعالجة بأن حالة التبـول اللا إرادي هي المسؤول الأول الذي أدى إلى قصور المهارات الاجتماعية لدى المريضة وإلى تطور الأعراض المرضية الأخرى . ومن ثم أصبحت هذه المشكلـة هي السلوك المحوري الذي استهـدف الانتباه إليه والتركيز عليه في العلاج بحسب الخطة العلاجية التالية .

الخطة العلاجية

بما أن المشكلات التي تعـانيها مريضتنا متعـددة، كان لابد لنـا من التركيز على مشكلة واحـدة من بين هذه المشاكل لتكون محورا رئيسيـا للعـلاج ، بحيث يؤدي النجاح في التحكم فيهـا إلى تغيرات إيجابية تشجع المريضة على التغير في نواح أخرى وتشجع أسرتها على التعاون معها .

ولهذا تركزت الخطة العلاجية على مرحلتين أساسيتين :

كان التركيز في المرحلة الأولى على التبول اللا إرادي كسلوك محوري للعلاج . وبما أن موضوع التبول اللا إرادي هو محور اهتمامنا في هذا الفصل فسنركز عليه بتفصيل أكثر.

أما المرحلة الثـانية فقد كان الهدف منها زيادة قـدرات مريضتنا على الحوار ومبـادلة الأحـاديث الـودية والعـابرة، وتنميـة المهـارات الاجتماعية لـديها مع تشجيعها على تغيير أنماط الاتصال وأساليب تفـاعلها بأفراد أسرتها ، ولتحقيق هذه المرحلـة من العلاج فقد قسمت المرحلـة الثانية إلى أربع خطـوات صغرى تهدف إلى تدريبها على :

(١) إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكثفة أو المتابعة لموضوع معين .

(٢) ضرورة التعليق على ما تسمع ، على أن تتسم تعليقـاتها بالتنوع بحيث تشتمل إما على إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ .

(٣) الاحتكاك البصري الملائم عند الحديث مع الآخرين .

(٤) التشجيع على إظهار الاهتمام بالآخرين، وتنمية علاقاتها بصورة تتسم بالدفء والتقبل . وقد تم تدريب كل قدرة من هذه القدرات السابقة بشكل مستقل واستغرق تدريبها على خطة العلاج بأهدافها الرئيسية عشرين جلسة علاجية على مدى خمسة عشر أسبوعا استغرقت كل منها نحو ٤٠ دقيقة في المتوسط .

المرحلة الأولى :

للتغلب على مشكلة التبول اللا إرادي قامت المعالجة بتنفيذ البرنامج التالي للتدريب على التحكم في التبول وضبط المثانة، وتم ذلك بالاتفاق مع المريضة والأم معا .

وفيما يلي خطوات هذا البرنامج :

١ ـ استخدمت المعالجة جدولا للمكافآت يشبه الجدول التالي :

٢ ـ طلبت المعالجة أن يعلق الجدول في مكان خاص بالمريضة (مثلا على

جدول تدعيمات

السبت	الأحد	الأثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

النجمة معناها أن المريضة : (

الحائط بجانب سريرها أو في غرفتها أو في أي مكان تراه المريضة مناسبا).

٣ ـ شراء بعض الهدايا البسيطة لتستخدم كتدعيمات بحيث تتضمن أشياء ترغب المريضة عادة في شرائها مثل مأكولات أو مشروبات أو مجلات، وطلب من الأم أن تقوم بشراء بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية.

٤ ـ شرحت المعالجة للمريضة وأمها البرنامج بعبارات واضحة ومفهومة بالشكل الآتي :

«أريد أن أساعدك على أن تتوقفي عن التبول في ملابسك أثناء الليل، وأن تبقي جافة طوال الليل، فأنا أعرف أن تلك المشكلة تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسيل أغطيتك وملاءات سريرك. وسنستخدم لذلك برنامجا للمكافآت، ونريدك أن تختاري الأشياء التي تعجبك أو تحبين أن تكون لديك من عدة مدعِّمات يتم تحديدها مسبقا. وإذا مرت الليلة دون أن تبللي نفسك فستحصلين على مكافأتك فورا، وستحصلين على نجمة في هذا الجدول المعلق هنا».

٥ ـ تحول النجمة(٤) في اليوم التالي إما إلى تدعيم مباشر بإعطائها أحد المدعِّمات المتوافرة، أو توفير هذه النجوم لاستخدامها في الحصول على شيء أكبر في نهاية الأسبوع أو أي فترة أخرى. ونتيجة لهذا كان على الأم أن تعرض على الابنة في نهاية اليوم الخروج لمبادلة المكافآت الرمزية (النجوم) بأشياء تشتريها في مقابل ما حصلت عليه، أو أسبوعيا إذا ما رغبت الابنة في توفير نجوم أكثر.

٧ ـ طلب من الأم أن تقوم بتقديم المدعِّم الرمزي في اليوم التالي مباشرة إذا نجحت الابنة في الحفاظ على عدم تبولها.

٨ ــ إذا استمرت المريضة في التوقف عن التبول اللاإرادي كل ليلة لأسبوعين متتاليين فالخطة تقتضي أن نعمل على تلاشي الاعتماد على المدعِّم الحسي تدريجيا بحيث يقدم المدعِّم يوميا في الأسبوع الأول، وكل يومين في الأسبوع الثاني وكل أربعة أيام في الأسبوع الثالث إلى أن يتوقف المدعِّم المحسوس (الهدايا التي تم شراؤها من قبل أو الهدايا الخارجية) تماما، على أن تستمر المريضة في لصق النجوم عن كل يوم يمر دون بلل لضمان استمرارية التدعيم الاجتماعي المتمثل في الانتباه للتغيرات الإيجابية.

٩ ـ وطلب من الأم أن تمتدح سلوك الابنة خاصة أمام أفراد الأسرة كل مرة تنجح المريضة فيها في الكف عن التبول على نفسها. أما إذا فشلت فلا ضرورة للتأنيب أو اللوم. وعلى المريضة فقط أن تقوم بغسل الملابس والأغطية المبللة.

١٠ ـ ولكي نخفف عن المريضة مخاوف الفشل فقد أخبرناها بأنها ستنجح في بعض الليالي وستفشل في البعض الآخر في أول الأمر.

١١ ــ طلب من الأم أن تستمر في تطبيق البرنامج حتى تنجح المريضة في الكف عن التبول على نفسها أثناء الليل. وفيما عدا ذلك كانت أوامر المعالجة للأم واضحة «لا تنتقدي، لا تؤنبي إذا ظهر السلوك السلبي (تبليل نفسها ليلا)، وتصرفي بشكل عام بالتشجيع، واظهري اهتمامك وامتدحي سلوكها كلما بدر منها ما يدل على اهتمام بمظهرها ونظافتها».

وقد كان التغير في سلوك المريضة واضحا للغـاية ، فقد توقف التبول الليلي اللا إرادي في نهايـة الأسبوع الثـاني من تنفيذ هـذا البرنامج . وفي الـوقت نفسه بدأت المريضة تستجيب بطـريقة إيجابية وتلقائية لأفـراد أسرتها ، وبدأت تظهر جوانب أخـرى في سلوكها مثل قضاء وقت أكبر في صحبـة الأسرة سواء داخل المنـزل أو الخروج معهم للـزيارات الاجتماعيـة . كما استمـرت الأسرة في تجاهل جـوانب السلـوك غير المرغـوب فيهـا ، مع تشجيع الجوانب المرغـوب فيهـا في السلوك بـاستمرار. وقد انعكس كل هـذا إيجابيا على المريضة فبـدأت تفكر في العـودة إلى تكملـة دراستهـا مرة أخـرى والالتحـاق بإحـدى المدارس الليليـة القريبة من منـزلها للحصول على الشهادة الثانويـة . وبدأت تنظر إلى المستقبل بتفاؤل أكثر إذ ذكرت للمعالجة في إحـدى الجلسات العلاجية «بأنها تتمنى أن تصبح معلمة للأطفال في مرحلة ماقبل المدرسة لحبها الشديد للأطفال في هذه المرحلة من العمـر» . وقد جعلتها كل هذه التغيرات الإيجابية هـدفا للكثير من الاستجابات الوجدانية والاهتمام من الأسرة .

وقد استمرت عـلاقتنا العلاجية بـالمريضة بتشجيعها على التغير الإيجابي في المهارات الاجتماعية بحسب الخطة التي عرضنـا لها في بداية هذا الفصل بعنوان المرحلـة الثانيـة ، والتي لا يتسع المقام هنـا لشرح نتائجهـا أو تقويمهـا بسبب الاستمرار في العلاج حتى تقديم هذا الفصل للطباعة .

الفصل الخامس والعشرون

طفل شديد العناد ملحاح، وسهل الاستثارة

(أسلوب ملطف للتغلب على مشكلات صعبة)

تمثل الحالة التاليـة محاولة ناجحة لاستخـدام أسلوب سلوكي ملطف وغير عقـابي في مجال علاج المشكـلات الاجتماعية للطفل. وقـد ناقشنـا أبعاد هـذا الأسلوب تحت عنوان التعليم الملطف في الأجزاء السابقة.

وتتمثل قيمة هذه الحالة في النقاط الآتية:

(١) بما أن هذه الحالة هي لطفل عربي فإن هذا يدل على إمكان نجاح هذا الأسلوب في البيئة العربية.

(٢) وبما أن المريض في هـذه الحالة لم يكـن مقيما في مؤسســة أو مستشفى عند البدء في خطة العلاج، فإن النجاح في هذه الحالة يدل على فعالية التعاون بين الأسرة والمعالج (ع. إبراهيـم)، وعلى إمكان تدريب أفراد عاديين لتولي مهام علاجية فعالة.

(٣) إن الأسلوب المستخدم ـ وهو الأسلـوب الملطف ـ يمثل تطورا جديدا للاتجاه السلـوكي الذي يـأخذ في الاعتبـار بعض الانتقادات الشـائعة للاتجاه السلوكي خاصة عنـدما يستخدم في علاج العدوان، كما سنرى في تفاصيل هذه الحالة.

(٤) ومـا يـزيـد من أهميـة هـذه الحالة هـو أن الاضطـراب كـان مصـدره عضويا، إذ شُخِّص على أنه تخلف عقلي مصحوب بإفراط حركي، مما يـوحي بإمكـانـات كبيرة للعـلاج السلـوكـي حتى عنـد التعـامل مع المشكلات ذات المصدر العضوي.

وصف الحالة

كان «مصعب النـاجي» في الثالثة عشرة من العمـر عندما حُـوِّل إلى عيادة العلاج السلوكي بالمستشفى الجامعي. ويعيش مع والديه وأخت تصغره بستة أعوام في إحدى المدن السعودية بعد انتقال الأسرة من إحدى الدول العربية منذ ٧ سنوات.

ويعمل الأب في شركـة تأمين كبرى، وهو يجيـد اللغة الإنجليزيـة، ويهتم بالاطـلاع على الكتب والمجلات العامة في الطب وعلم النفس. وبـالرغم من أن اطلاعه قد أكسبه بعض الأفكار الخاطئة عن مشكلة ابنه، فإنه أبدى تعاونا مترددا مع المعـالج، وبدأ تـدريجيـا يغير أفكـاره عن العلاج ويتحمس لخطـة العلاج السلوكي في وقت قصير نسبيا.

أما الأم فـإنها ربة منـزل وتصغر الزوج بنحـو ١١ سنة، وقـد وصف الأب عـلاقتـه بها بأنها تتسم بتقبل متبـادل، إلا أن هنـاك، حسب تعبيره، «عـدم تـوافق في الطباع، يمكـن بسبب فرق السن.. مع أنها مـن نفس العائلـة.. وأحيانا فيه كثير من المشادات وصلت لدرجة الانفصال.. المشاكل بدأت منذ زمن طـويل.. أنـا بطبيعتي عصبي.. هي يمكن حـاسـة إنني قـافل على حياتها.. لكن هي بتسألني كثير في تفاصيل حياتي العملية.. وده بيزهقني، ويطلع عيني، ويشد أعصـابي، لكن هدفها طيب.. ست كـاملة من حيث متطلبات الرجل.. الخ».

ولـلأسرة ثـلاث فتيـات أخـريـات ولكنهن جميعـا متـزوجـات ويقمن مع أزواجهن.

بدأت مشكلات «مصعب» منذ كان في الخامســة من العمر. وبالرغم من أن الأب يذكر أن الطفل بدأ يمشي في سن مبكرة (سنة وشهرين) ويلاغي في ٩ شهور. . إلا أن نموه اللغوي أخذ يتراجع . . مما جعله يبدأ بالكلام في سن ٥ سنوات تقريبا.

الشكاوى

ختم الأب وصفه لابنـه ـ بعد أن ذكـر سلسلة طويلـة من المشكلات التي يعانيها ـ بهذه العبارة: «لم أترك طبيبـا نفسيا معروفا أو غير معروف إلا وذهبت له». وقد عـدّد للمعالج أسماء أطباء ومستشفيات وعيادات نفسيـة معروفة في مصر والسعودية.

وقرر أن مشكلات «مصعب» متعددة، وقد حاول المعالج بالتعاون معه أن يصوغها على النحو الآتي:

١ ـ يستمـر في تكرار كلمات بشكل دائم، ويكثر من تكرار السؤال نفسه حتى وإن كرر الأب لـه الإجابة نفسهـا عددا من المرات. فـالابن يكرر عبارات مثل «أنت معصب يا بابا. . انت معصب»؟ «أنت زعلان. . مني»؟ «أنا كويس» «مـا تقوليش كفاية». . يكـرر كل عبارة أكثر من ٣٠ مرة في المحادثة الواحدة.

٢ ـ يستجيب للمواقف بـانفعـال شديـد وغضب. وبـالرغم من أنـه لا يضرب ولا يعتدي على أحـد ولا يحطم، إلا أنه، عندمـا يغضب ـ من الأب مثلا ـ يندفع نحوه ويمسك يديه ويعوّق حركته.

٣ ـ يخاف ويجزع من الحيوانات خاصة القطة التي تعيش في المنزل .

٤ ـ يجـزع من أي جـرح بسـيط بالرغـم من أنه لم يتعـرض لإصـابات من قبل .

٥ ـ تشتت الانتباه وعدم التركيز.

٦ ـ قليل الصبر، ومندفع في أفكاره .

٧ ـ لا يستطيع أن يقرر حتى في الأشياء الخاصة الصغرى .

٨ ـ يكره المدرسة .

٩ ـ يؤذي نفسه باللطم والخربشة .

١٠ ـ التبول اللا إرادي ليلا .

عُرض مصعب على قسم الطب النفسي بـالمستشفى وذلك قبل أن يلتحق المعالج بالعمل فيه . وتدل التقارير خلال الفترة السابقة على العلاج السلوكي على أن تشخيصـات المريض امتـدت إلى : تخلف عقلي ، إفـراط حـركي ، اضطـرابات سلـوكيـة ، صعوبـات في النطق والكـلام، اضطراب في الانتبـاه والتركيز، وذهان طفولة .

وكان من نتيجـة المشكلات التي عـاناهـا الطفل أن مدرسـة تحفيظ القرآن التي كان ملتحقا بها رفضت استمرار قبولـه . وعندما حوله الطبيب النفسي إلى مدرسـة للتعليم الخاص والتربية الفكرية رفضت المدرسـة بدورها قبولـه . فقد كانت نسبة ذكائه ـ على حسب المقاييـس التي استخدمتها المدرسة ـ تضعه في فئـة تخلف عقلي معتـدل، وتتراوح بين ٤٠ : ٤٥ ، بينما هـي لا تقبل إلا من تكون نسبة الذكاء عندهم ٥٠ على الأقل . فضلا عن هذا فقد أفادت المدرسة بأن «الطفل كشف ــ عند فحصـه ـ عن وجـود مخاوف مرضيـة شديـدة وقلق

وعـدم استقرار كما يعـاني حـركة زائدة غير مـوجهـة، ويحتاج إلى صبر وجهـد كبيرين حتى يستجيب للمنبهـات». ولهذا فهو يحتاج إلى عـلاج نفسي لضبط مشكلاته السلوكية قبل قبوله بالمدرسة

ونتيجة لهذا بقي الطفل في المنزل دون دراسة مع الاستمرار في زيارة عيادات الطب النفسي، على أمل أن يتحسن وتقبله مدرسة التربيـة الفكرية. وفي هذه الفترة بـالـذات أمكـن للمعـالج الحالي (ع. ابـراهيم) أن يشترك في عـلاج الطفل.

المشكلات وأهداف العلاج

عنـدمـا جـاء الأب مع الطفل، كـان من الـواضح أن هناك قلقـا وتـوتـرا شديدين عند كليهما. في خلال الجلسـة الأولى تمت ملاحظة الطفل مع أبيه، وكان هناك نـوع حاد من التوتـر في العلاقة بينهما. فكلاهما أبـدى قلقا حادا، وكان الأب ـ بشكل خاص ـ يعزف عن الاحتكاك البصري بابنه ويتحدث عنه وكأنـه غير موجـود دليـلا على وجود درجـة عـاليـة من العزوف عن الاتصـال الوجداني الإيجابي بالطفل.

أما الطفل نفسه، فقد كان ينظـر إثر كل عبارة يتفوه بها إلى وجه الأب لكي يرى وقعهـا عليه، وكـان يعدل ويبـدل من إجابـاته بنـاءً على ما كـان يقرأ في مـلامح الأب ونظراتـه. وقـد أبدى في ذلك مهـارة شـديدة إذ كـان بين الحين والآخر يقطع كـلامه ليقول «أنت زعلان يـابابا. . أنـا مبتكلمش كويس؟ . . أنت معصب. . أنت معصب؟ أنـت شكلك مش مبسـوط مني. . مبسـوط مني؟ مبسوط مني؟» وكان الأب يستجيب بالرد بعبارات مثل:

ـ أنا معصب بسبب تصرفاتك.

ـ أنا حابقى مبسوط منك . . لو بقيت كويس .

ـ أنا مش زعلان . . لكن متضايق من اللي بتعمله .

لقد اتسمت علاقة التفاعل بينهما باختصار بما يأتي :

١ ـ الافتقار إلى الاتصال الوجداني بالطفل .

٢ ـ إثارة مشاعر الذنب وإشعار الطفل بأن ما يعانيه الأب (أو الأسرة) هو بسبب تصرفات «مصعب» .

٣ ـ افتقار لغة التواصل إلى التحديد النوعي للمطلوب من الطفل أن يعلمه ، والاكتفاء بعبارات عامة غير محددة في ذهنيهما «لما تبقى كويس» «انت عارف أنا زعلان ليه»؟

٤ ـ إن هذا النمط من الاتصال يخلق موقفا متسما بالضغط النفسي[1] ويخلق جوا أسريا عاما مشحونا بالتوتر[2] طوال الوقت ، يستجيب له كلاهما بطريقة غير فعالة .

٥ ـ الطفل نفسه غير مدرب على إظهار الاستجابات التكيفية الملائمة في المواقف المشحونة بالتوتر. بعبارة أخرى فهو لا يحتمل معايشة التوتر أو الوسائل الغامضة خلال مواقف التفاعل مع الأسرة .

وقد أحس المعالج أن إضافة جزء خاص عن مشكلات التفاعل في داخل أسرة هذا الطفل تعتبر مطلبا حيويا من مطالب العالج ، فضلا عن المشكلات السابقة التي ذكرها الأب وذكرتها التقارير السابقة .

كذلك أحسسنا أن الهدف الرئيسي للعلاج يجب أن يتجه نحو العمل على إعادة «مصعب» للقبول بالمدرسة بأسرع مايمكن . فبقاؤه في المنزل يشعر الأسرة والطفل كليهما بالفشل ، ومثل هذا الشعور لا يخلق مناخا اجتماعيا إيجابيا

صحيا. ومن ثم فقد تركزت أهداف العلاج على مايلي:

١ ـ خلق مناخ اجتماعي تفاعلي مطمئن للأسرة.

٢ ـ تقليل المخاوف الاجتماعية للطفل، لأنها هي التي تعوّقه عندما تطبق عليه المدرسة مقاييس الذكاء (حصل مصعب على نسبة ذكاء ٤٥ في مدرسة التربية الفكرية، بينما دلت التقارير السابقة على أنه كان يحصل على نسبة ذكاء ٨٠٪، مما يدل على أن القلق والتوتر الاجتماعي للطفل في موقف الاختبار كانا مسؤولين إلى حد بعيد، إذ يدل على ذلك تقرير مدرسة التربية الفكرية والذي يؤكد عزوفه عن التعاون في تطبيق المقاييس المستخدمة).

٣ ـ إعطاؤه فرص للنجاح في أداء بعض الأعمال حتى ولو كانت صغيرة في داخل نطاق الأسرة.

الهدف القريب

١ ـ التوقف عن السلوك غير المرغوب فيه بنسبة ١٥٪ في الأسابيع الثلاثة الأولى. وقد عرفنا السلوك غير المرغوب فيه بأنه السلوك الدال على عدم الطمأنينة الانفعالية مثل: تكرار الكلام وتكرار الأسئلة، والإمساك بيد الأب وتعويق حركته.

٢ ـ إقامة علاقات اجتماعية مطمئنة بواحد أو أكثر من أفراد الأسرة. أي أن تزداد نسبة تفاعلاته الاجتماعية الإيجابية في الشهر الأول بنسبة ١٥٪. وقد تحددت العلاقات الاجتماعية بقضاء وقت ملائم يوميا في مبادلة الأحاديث، اللعب المستقل، عدم الالتصاق الشديد بالأب أو الأم.

٣ ـ تناقص مخاوفه الاجتماعية وتزايد الوقت الذي يقضيه في اللعب مع

الأطفال الآخرين، أو الخروج معهم لأطول مدة ممكنة.

تحليل السلوك

طلبنا من الأب أن يلاحظ الطفل، وأن يسجل ملاحظاته باستخدام جداول الملاحظة وقائمة السوابق واللواحق. وفيما يلي بعض الملاحظات التي سجلها الأب والتي تعطي أمثلة لبعض الحوادث التي كانت تصدر عن الطفل، وكيف كان الأب أو الأسرة تستجيب لها.

الحادثة الأولى:

«أنا (الأب) مشغول بإعداد دواء لأخته. يدخل خلفي ويبدأ مباشرة «إنت مش زعلان مني» ويكرر ذلك بسرعة. وفي الوقت نفسه يمسك بيدي المشغولة في إعداد الدواء ـ (حيث لا يهمه إلا أن أرد عليه بكلمة «لا» لمرات حتى يهدأ).

كيف استجاب الأب لذلك؟

كتب الأب الاستجابة التي حدثت نتيجة لهذا التصرف كالآتي:

«هذه المرة نهرته، حيث احتدت أعصابي لعدم إمكان إسكاته في مرة أو اثنتين. طلبت من أمه أخذه بعيدا حتى لا أفقد كامل أعصابي معه نظرا لأن الدواء بين يدي وأحاول إعطاءه لإخته. أمرته أمه أن ينصرف وعليه أن يهدأ وذلك بعد أن كنت أنا قد نهرته وأفهمته أني لن أجاوبه».

الحادثة الثانية:

«اليوم: مساء الأربعاء.. أولاد العمارة أسفل خرجوا ولعبوا جميعا في ساحة الدور» نزل مصعب وأخته الصغيرة. لكنه كان على جانب الدرج عازلا نفسه. لاحظه الأطفال الآخرون ومنهم من هو أصغر منه وأخذوا في معاكسته.. لكن

خفت ردة الفعل عليه»».

كيف استجاب الأب لذلك؟

«رغم خوفي من ردة الفعل عليه . . وملاحظتنا له سألته بتجاهل الأمر. وجدته متأثرا . . ويود أن يتكلم ولكن يخشى ذلك . . أسأله ماذا . . لكن لا يجيب .

دخلت في الموضوع سألته هل هو خائف من الصغار . . قال العكس . أخبرته أنه إذا أحد أذاه أن يرد له الأذى ولا يستسلم للخوف» .

الحادثة الثالثة :

«معظم الأوقات يصمم على الذهاب معي للصلاة في المسجد القريب . ذهبنا لصلاة الجمعة . وأخذت في قراءة المصحف، وأعطيت له« قرآن» . . حاول أن يقرأ بعض السور التي يعرفها حتى أذن المؤذن وبدأت الخطبة .

جلس مواجها من بعيد للخطيب الذي أخذ يحرك يديه بشدة أثناء الخطبة وبصوت عال ممتد . وأخذ مصعب يضحك، وهو ينظر إلى من حوله ويحاول كتمان الضحك . . واستمر كذلك إلى نهاية الخطبة في ضحكات متقطعة يكتمها ويعود إليها» .

كيف استجاب الأب لذلك؟ :

«شعرت بأن ذلك ليس مناسبا، معظم الوقت حاولت أن أنهاه وأطلب ألا يكرر ذلك ولكن لا فائدة».

الحادثة الرابعة :

«في مشوار بالسيارة . . أخذ في ترديد بعض الكلمات وأنا أقود السيارة وأنا

أقول له بس لحسن يحصل حادث. ولكنه استمر يكرر بعدها: «مش حتعمل حادث؟ أنت معصب، لا تعصب. أنت مش معصب يابابا.. جاوبني أنت مش زعلان مني.. ثاني مرة مش راح أعيد الكلام أنا ما أعيد الكلام».

كيف استجاب الأب لذلك؟:

«كنت احتقن غيظا.. ولاحظ أنني أحتقن غيظا فكرر بتوتر الكلمات نفسها.. وكلما أنهره يزيد».

الحادثة الخامسة:

«اتصل تليفونيا بنا صديق من الخارج، لما رفعت السماعة تقدم مني وأخذ يكلمني مقاطعا بشدة.. وهو يعرف هذا الصديق».

كيف استجاب الأب لذلك؟

«نهرته وأنا أحاول أن أركز على المكالمة.. وأشرت له أن يسكت، زاد توتره وأخذ يكرر: «بابا معصب.. بابا زعلان.. أفهمته أنه يجب أن يسكت».

نكتفي بالحوادث الخمس السابقة لأنها تمثل جيدا طبيعة المشكلات التي يعانيها الطفل والأسرة، ولأنها تكشف لنا عن الأخطاء السلوكية التي ترتكبها الأسرة في الاستجابة للطفل. ومنها نلاحظ أن:

١ ـ سلوك الطفل هو تكرار الكلمات.. وعادة ما يستجيب له الأب والأم كلاهما بالانتباه السلبي.. أي الغضب، احتقان الوجه، الأمر بالسكوت.

٢ ـ سلوك الطفل يتزايد ولا يتوقف نتيجة للانتباه السلبي.

٣ ـ التكرار وسلوك الطفل الذي تشكو منه الأسرة يحدث عادة في

المواقف شبه الرسمية أو الدينية . . حيث تكون الأسرة (في العادة الأب) مشغولة عنه .

٤ ـ أحيانا يستجيب الأب للأمر بالتجاهل . . لكنه عادة يتجاهل الطفل وليس السلوك الخاطىء فحسب . وحتى في هذا التجاهل عادة ماينظر إلى الابن بغيظ أو كما عبر في إحدى المرات «أضغط على أسناني أو شفتي» . بعبارة أخرى ، كشف لنا تحليل السلوك أن جوانب السلوك اللا تكيفي التي تصدر عن الطفل (بما فيها التكرار ، والقلق و إيذاء الأخت ، والضحك في أماكن غير ملائمة ، وتعويق حركات يد الأب) تسبقها دائما ثلاثة عوامل :

أ ـ الحاجة للانتباه والاستحواذ على اهتمام الأسرة ، أي عندما يكون الأب أو الأم مشغولين عنه بأمر مهم .

ب ـ عندما يمثل الموقف ضغطا على الطفل . أي عندما يتطلب الأمر منه القيام بواجبات اجتماعية أو أكاديمية محددة (في أوقات الصلاة ، وأماكن العبادة والمدرسة) .

جـ ـ عندما يتضمن الموقف نتائج غير سارة . أي في ظل مواقف التهديد و إعطاء الأوامر والنهي واللوم والتخويف .

لقد كان واضحا أن «مصعب» عندما كان يواجه موقفا من المواقف الثلاثة السابقة كان يدخل في حلقات متشابكة من السلوك غير المرغوب فيه ، بما فيها إبداء الخوف بشكل طفلي ، وتكرار الأسئلة على نحو مغيظ ، ، أو تعويق حركات الأب . وفي مثل هذه الأحوال كان الأب ينهره ، ثم يزداد انفعاله فيضربه ، وبعدها بقليل ـ وبتأثير مشاعر الندم والذنب ـ يغير الأب اتجاهه العقابي ليلاعبه أو يصحبه للخروج أو غير ذلك من مظاهر الانتباه . لقد تعلم

«مصعب» أن سلوكه السلبي ومخاوفه تعطيه في النهاية نتيجة إيجابية وهي الانتباه والتدعيم ومن ثم فقد ساعدتنا هذه الملاحظات على وضع الخطة التالية :

خطة العلاج :

لقد تركزت خطة العلاج بحيث يكون هدفها الرئيسي خلق جو أسري مطمئن وخال من التوتر الحاد الذي كان من الواضح أنه يعوق التواصل الوجداني مع الطفل . لقد شعرنا أن خلق جو اجتماعي قائم على الثقة والتفاهم بين الطرفين سيمكن الأسرة من بذل كل الجهد للتقليل من المخاوف والتوترات التي يشعر بها الطفل والتي أدت من قبل إلى فشله في الاختبارات التي أعدتها المدرسة لقبوله . ومثل هذا المناخ سيساعد الطفل أيضا على قبول التوجهات الإيجابية ومن ثم سيتمكن من تطوير إمكاناته بحيث يلتحق بالمدرسة بأسرع صورة ممكنة . لقد رسمنا هدف العلاج على أساس العودة السريعة للمدرسة بكل ما يتطلبه ذلك من التخلص من القلق والتوتر، فضلا عن تنظيم التفكير والجهد . واعتقدنا أن كل ذلك يجب أن يبدأ من داخل الأسرة . وبالذات من خلال تحسين أنماط التفاعل باستخدام منهج للتعليم السلوكي وفق النقاط التالية :

أ - إقامة رابطة وعلاقة مع الطفل .

ب - استباق مواقف الضغط النفسي ومعالجة الأمور قبل حدوثها .

جـ - التعامل مع المشكلات عند ظهورها .

أ- إقامة رابطة وعلاقة مساندة مع الطفل :

١ - يمد الأب والأم الطفل برصيد مستمر من الامتداح والإعجاب في حالة

إسهامه في أي نشاط إيجابي، حتى وإن ظهر السلوك غير المرغوب فيه في الوقت نفسه.

٢ - يتجاهل الجميع السلوك السلبي مادام أنه لا يوجد خطر ظاهري منه على الأسرة أو على الطفل، مع الانتباه لأي مظاهر إيجابية حتى وإن كانت مجرد التوقف عن السلوك السلبي.

٣ - يحافظ الأبوان على نبرات صوت هادئة ودافئة، وتعبيرات وجه ودودة، واحتكاك بصري ودي مع التربيت على الجسم (بما في ذلك التربيت على الكتف أو الظهر بين الحين والآخر). ومن ثم فقد طلبنا من الأب أن يتوقف تماما عن إظهار علامات الامتعاض، أو النظر للطفل بشك أو تأنيب وذلك لتدعيم وخلق علاقة متبادلة ومطمئنة بين الطرفين.

٤ - يشجع الجميع أي محاولة تصدر من الطفل للتواصل أو الحديث حتى وإن أدى ذلك إلى توقف الأب أو الأم عن أداء عمل مهم. فمثلا، إذا حاول «مصعب» مبادلة الحديث والأب يقود السيارة فقد طلبنا من الأب أن يتوقف عن نهره أو يقول له «كفى أو توقف أو عيب أو أنت كررت السؤال قبل ذلك.. إلخ»، بل أن ينظر إليه بود، وابتسام، وأن يجيبه باختصار. فإن توقف عن ذلك فهذا جيد، أما إذا تطرق إلى حديث آخر فاستمر في إدارة الحوار الهادىء والنظرة الودية. ولكن إذا وجدت أن الطفل قد بدأ يتصرف بطريقة خطرة، أو حاول أن يمسك مثلا بعجلة توجيه القيادة مما يشكل خطرا على قيادة السيارة، فقف على جانب الطريق، واستمر في حوارك معه، واسمح له - والسيارة واقفة - بأن يدير عجلة القيادة وأن يختبرها لوقت كاف، حتى تشعر أن فضوله لذلك قد أشبع قبل أن تستأنف السير. وهكذا.

٥ ــ طلب من الأبـوين ملء وقتـه بنشـاطـات متعـددة ومحددة وقصيرة، يستطيع دائما أداءها بنجاح. ويمكن لهذه النشـاطات أن تمتد لتشمل تفاعلات اجتماعية (يتعـاون مع الأب مثلا في ترتيب الأثاث، أو قص بعض المقـالات من الجرائد والمجلات) أو اسهـامات روتينيـة (كنس، تنظيف طفايات السجائر وتفريغهـا، ترتيب الحجرة. .) أو نشاطات تعليمية (قص ولزق، رسم، إعادة قصة أو حـادثة سبق وأن شاهدها في الطريق مع الأب مثلا. . إلخ). وقد قـام المعالج بالتعاون مع الأب بإعـداد قـائمة بهذه النشـاطـات روعي فيهـا أن تكون سهلـة وممكنـة الأداء. . وقد أطلقنا على هذه القائمـة اسم قائمة النشاط الإثابي، أي النشـاط الذي ينتهي بإثابة الطفل لسهولته، أو لأنه يخلق فرصة لتدعيم الطفل وإثابته اجتماعيا من قبل الأسرة عند أدائه. فضلا عن أنه يعطي الطفل فرصة لتحقيق بعض المكـاسب وتذوق طعم النجاح، ومن ثم الحصول على تدعيم اجتماعي في ظروف مقبولة.

٦ ـ طلب من الأبـوين كذلك عقد لقاء أسري من ٤ إلى ٥ مـرات أسبوعيا مـدته نصف سـاعـة يلتقي فيهـا الطفل مع بقيـة أفراد الأسرة لتبـادل المكافآت. وقد طلبنا من الأبـوين أن يتجنبا خلال هذا الاجتماع النقد أو السخريـة أو إعطاءه قائمـة بالأخطـاء التي قام بها. بل طلب منهما عكس ذلك وهو التركيز على النواحي الإيجابية مع تقديم قائمة للطفل بالأشياء الإيجابية التي قام بها خلال الفترة السابقة.

٧ ـ عندما يكون الطفل منهمكـا في نشاط تعليمي بنفسه أو مع الأسرة فقد نصحنـاهم بـاستخدام أسلـوب التعليم في صمت، أي التـوقف عن التـدعيم الإيجابي (المدح) أو العقـاب (النقـــد) مـادام أنـه منهمك في نشـاط معين. لقـد تبين لنا مـن خلال مـلاحظـة الطفل أن التكـرار

والالتصاق بالوالدين كـانا نتيجتين واضحتين لعدم الاتساق والتخبط في الاتصال اللفظي بـالطفل. وفي مثل هذا النوع من العلاقـات تفقد الكلمات معناها وتفقـد قوتها التدعيمية، فضلا عن هـذا فقد اكتشفنا أن كثيرا من أنماط الاتصال اللغوي بين الطفل «مصعب» وأبيه كان من عوامل تهييج الطفل وإثـارة توقعاته السلبيـة والتركيز على الحصول على انتباه الأب أكثر من التركيز على النشاط نفسه. وفي مواقف كثيرة كانت اللغـة والاتصال بـالطفل تتحولان إلى طلبـات وأوامر وإلحاحـات ثم تنقلب إلى تهديـد ثم مـواجهة. ولهذا فقـد كـان التعليم الصـامت في مواقف النشاط بديلا للكثير من الأخطاء اللفظية في الاتصال والتعامل بالطفل.

ب ـ استباق مواقف التوتر:

بيّن تحليل سلـوك الطفل أن المشكـلات تثـور بشكل حـاد في المواقف الطارئة، أو الجادة، وعندما تكون الأسرة مهتمة بشخص أو ظرف آخر. ولهذا فقد شملت الخطة تشجيع الأسرة على:

١ ـ التمهيد بـالحديث معـه قبل الـدخول في مثل هـذه المواقف. مثلا، يطلب منه أداء عمـل ما ويقال لـه «سأقوم الآن بـالاتصال بـالتليفون لفترة ١٠ دقائق. . فعليك إنهاء هذا العمل خلال ذلك».

٢ ـ إبلاغه مقـدما بما سيحدث وما نتوقع منه خـلال الموقف القادم مثلا: «سنقود السيارة الآن وسنعود للمنـزل فهل هناك شيء توده قبل أن نبدأ رحلتنا».

٣ ـ إعطـائه فرصة للاختيـار ومشاركته في اتخاذ القـرارات الخاصة بهذه المواقف:

«سأعد الدواء الآن لاختك . . فهل تود أن تأتي معي أو تفضل أن تبقى أمام التليفزيون» .

جـ ـ المعالجة الملطفة للمشكلات غير المرغوب فيها عند حدوثها :

بالرغم من البرنامج الذي شرحناه فإننا نتوقع حدوث مواقف من شأنها أن تثير السلوك غير المرغوب فيه : القلق . . التكرار . . تعويق حركات الأب : النشاط الزائد . . أو الاستثارة في أوقات غير ملائمة . في مثل هذه المواقف طلبنا من الأبوين اتباع خطوات أخرى منها :

١ ـ تجاهل السلوك السلبي ولكن لا تتجاهل الطفل .

٢ ـ غير موضوع التفاعل أو وجه انتباهه لنشاط آخر .

٣ ـ استمر في عملية تغيير الموضوع والنشاط الجديد .

٤ ـ دعم وكافيء الطفل إذا نجح معه أسلوب تغيير الموضوع واندمج في أي نشاط بديل .

٥ ـ حافظ على تعبيرات وجهك واحتكاك بصري متسم بالود (يعني تجنب الامتعاض ، أو النظرات الحادة ، أو الصوت المحتد أو العالي . .)

٦ ـ زود تدريجيا تفاعلك بالطفل للمحافظة على استمرار الرابطة والعلاقة الودية به .

النتائج

أما عن التحسن في سلوك المريض فقد كان واضحا للغاية . إذ تحقق الهدف الرئيسي بعد انتهاء الإجازة الصيفية . فقد أعيد اختباره في مدرسة التربية

الفكرية وساعده انخفاض درجـة قلقه على أداء مقاييس الذكاء بنجاح ، فقُبل بهذه المدرسة ، ولا يزال بها بعد تتبع لمدة عامين .

فضلا عن هـذا أكد الأب وجود تغيرات إيجابية إضافيـة في سلوك الطفل . وعدّد الأب هذه التغيرات في النقاط الآتية :

١ ـ قلت عمليات الإمساك بي وتعويق الحركة (الأب) أثناء الكلام .

٢ ـ تكـرار الكلمات قلّ بوضوح ، وإن كان أحيانا يكرر كلمات مثل «أنت زعلان مني ماتزعلش» إلا أن تكراره لها ليس بالمقدار نفسه .

٣ ـ يشغل نفسه أحيانا بامتطاء البسكليتة واللعب بها ساعة أو ساعتين .

٤ ـ يحاول أن يتصرف ويعتـمد على نفسه إلى حد ما .

٥ ـ يطب المساعـدة في الوقت الملائـــم ولهـــدف محدد (مثلا رفع كرسي دراجته) .

٦ ـ يستخدم التليفون ليطلب أخته التي تعيش في مكان آخر .

٧ ـ يرد على التليفـون ويأخـذ رسـالة . وإذا عـرف الشخص يتكلم معـه ويحاول أن يخلق مواضيع للحديث .

كما أكـد الطبيب النفسي الذي كـان يراه في مـواعيد متقطعـة أنه «قـد تحسن كثيرا» .

وبالـرغم من أننا مازلنا نـرى الأسرة ومازال الطفل يراجعنا لأسبـاب أخرى للمحافظة على هذه الإنجازات العـلاجية . . فإن الهدف الرئيسي لخطة العلاج السلـوكي قـد تحقق بـالكـامل . وفي هـذا الإنجـاز دليل سـاطع على إمكـان الاستفـادة من هـذه الخطـة العـلاجيـة في البيئـة العـربيـة ، وفي أشـد أنـواع الاضطرابات السلوكية والعقلية حدة .

هوامش الباب الرابع

الفصل السادس عشر

١ ـ Attention difficulties

٢ ـ إذا لم يكن جهاز التسجيل متاحا فيمكن بالطبع أن تتلو عليها التمرينات المطلوبة بحسب المطلوب في التدريب .

الفصل الثامن عشر

١ ـ Differential reinforcement of low rates of swearing (DRL)، وينطوي هذا الأسلوب عموما على تقديم المدعِّم كلما مرت فترة معينة من دون حدوث السلوك المحوري، ثم زيادة طول هذه الفترة تدريجيا قبل تقديم المدعِّم إلى أن يختفي السلوك تقريبا .

الفصل الحادي والعشرون

١ ـ Animal Phobia

الفصل الثاني والعشرون

١ ـ Time out

الفصل الرابع والعشرون

١ ـ Nocturnal Enuresis

٢ ـ Operant learing

٣ـ النسخة العربية من مقياس «زكرمان وليوبن» (Zuckerman & Lubin) والمترجم إلى العربية بعنوان «قائمة تحليل الصفات والمشاعر»، وهو يسمح بتقدير مستوى القلق والاكتئاب والعداوة (Ibrahim, 1990).

٤ـ بالرغم من أن طريقة التدعيم باستخدام النجوم أمر قد لا يتناسب مع الكبار، فإن نجاح هذا الأسلوب في الحالة الراهنة وغيرها مرتبط بقابلية المريض لذلك ومستواه التعليمي والثقافي والاقتصادي. ونشجع من ناحيتنا على ضرورة أن يكون المعالج على وعي كبير بـاحتياجات المريض أثناء علاجه بطريقة التدعيم. وقد أشرنا في موقع سابق إلى أن قيمة المدعِّم تتوقف على كثير من العوامل الشخصية والحضارية، وإلا بدت المدعِّمات مصطنعة وقليلة الفاعلية في تعديل السلوك.

الفصل الخامس والعشرون

١ـ Stress

٢ـ Tension.



الباب الخامس

إيقاعات النمو وطباع الشخصية

الفصل السادس والعشرون: النمو والتغير في السلوك

الفصل السابع والعشرون: تغيرات في النمو: أمثلة ونماذج

الفصل الثامن والعشرون: النضج العقلي والنمو

مقدمة الباب الخامس

«وكل طريق أتاه الفتى
على قدر الرجل فيه الخطى»

المتنبي

«إن الإنسان ليس حيوانا متعقلا، إنه
قادر على التعقل فحسب»

جوناثان سويفت

حذرنا في موقف سابق (الفصل الأول) من التعجل في وصف سلوك طفل معين بالشذوذ أو المرض. إذ إن كثيرا من الشكاوى عن تصرفات الأطفال التي يجهر بها الآباء أو المشرفون على رعايتهم، بما فيها العدوان، والحركة الزائدة، والتحطيم، والتبول اللا إرادي، واضطرابات النوم، قد تكون سمات من سمات النمو الرئيسية. وتفترض البديهة الاجتماعية والحس الذكي ـ ويتفقان في ذلك مع توجيهات علماء النفس ـ أن نتجه في مثل هذه الحالات إلى تشجيع هذه الجوانب السلوكية إلى أن يتخطاها الطفل إلى المراحل التالية بنجاح.

وهدفنا هنا هو أن نطلع القارىء على بعض قوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه التمييز في سلوك الأطفال بين ذلك الذي تفترضه متطلبات النمو، وذلك الذي يمكن وصفه بالمرض أو الشذوذ.

الفصل السادس والعشرون

النمو والتغير في السلوك

الحب والنوايـا الطيبة وحـدهما لا يخلقان طفـلا صحيحا وآبـاء ناجحين. فهناك جوانب أخرى في نمـو الطفل، ينبغي أن يلم بها الآباء والمعلمون إذ من شأنها أن ترشِّد نـوايانا الطيبة وحبنـا للطفل حتى نعامله بصورة أكثـر فاعلية. ولعل أهم ثلاثة أشياء ينبغي معرفتها عند التعامل مع الطفل هي ما يأتي:

١ ـ إن السلـوك الإنساني عموما ـ بما فيه سلوك الطفل ـ يتطـور وينمو في مـراحل ودورات. صحيح أن هذه المراحل قـد تتداخل فيما بينهـا من خلال فترات انتقال بين كل مرحلـة والمرحلة التي تليها، لكن السلوك بشكل عـام ينبثق على فترات. ولهذا فمن الممكن التنبـؤ بـه ومن ثم الإعـداد له بما يلـزم لمزيـد من الصحـة والتطور. بعبـارة أخـرى، ومع اتفاقنا على أن سلـوك الطفل في المستقبل سيكون مرتبطا بطـريقة ما بما يلقاه من رعاية أو إهمال أو تعامل أبوي، فإن أساسيات سلوك الطفل تعتمد في نموها وتطورها على جوانب أخرى ثابتة من النمو.

٢ ـ السلـوك الإنساني ـ في كثير من أجزائه ـ يعتمد على عـوامل بنـائية، ومعنى هذا، أن الطفل يتصرف ويسلك هـذه الطريقة أو تلك بسبب بنائه البدني واستعداداته الجسمانية.

٣ ـ ينبغي التنبـه دائما إلى مرحلـة النمو التي يعيش فيهـا الطفل وذلك قبل القفز بالحكم على سلوكه بـالمرض مثلا. وقد بين «جيزيل «Gesell ـ

منذ فترة طويلة ـ أن البدء بتدريب الطفل مبكرا على أداء نشاط معين وقبل أن يكون مستعدا من ناحية النضج العضلي والمهارات الأساسية قد تكون له نتائج سلبية، وضرره يكون أكثر مما لو لم نقم به على الإطلاق.

٤ ـ النمو لا يسير بطريقة مستقيمة ولكنه يأخذ أحيانا شكلا حلزونيا. صحيح أنك تتوقع نضجا أكثر كلما نما الطفل وتقدم في العمر، لكن هذه القاعدة ليست صحيحة على إطلاقها. فالتقدم والنضج يسيران أحيانا بشكل دورات تفصل بينها مراحل من عدم النضج والسلوك الطفلي سبق للطفل أن مر بها من قبل. فمثلا تكشف بعض الدراسات المحكمة عن سلوك الأطفال في السنوات العشر الأولى من العمر، وأيدتها في ذلك دراسات أخرى عن الأطفال حتى سن السادسة عشرة، أن السلوك يتطور في شكل دورات، تحدث الدورة الأولى بين سن الثانية والخامسة وتتكرر نفس الدورة بين سن الخامسة والعاشرة، وتحدث الدورة نفسها مرة أخرى بين سن العاشرة والسادسة عشرة (Llge, Ames, & Baker, 1982).

وهذا يشير إلى أن الحكم على طفل بعدم النضج أو المرض أمر ينبغي الحذر منه ليس فقط في الأعمار الصغرى بل حتى سن السادسة عشرة.

والمتفق عليه عموما أن الطفل في الأعمار ٢، ٣، ٥، ٦,٥، ١٠، ١٢، يكون أسهل قيادا وتوازنا من الطفل في سن ٢,٥، ٥,٥، ٩، ١١، ١٥. فالطفل في الفئات العمرية الأخيرة يتميز بسلوك أصعب، وأكثر تعثرا واختلالا من السلوك في الفئات العمرية الأخرى.

ومن ثم نجد انتشارا أكثر للمخاوف المرضية والقلق والاضطرابات العصابية في الأعمار ٥ ,٥ و٩ و١١-و١٥ ، إلا أنه لا يعني ذلك القبول بهذه الاضطرابات في هذه المراحل كما سنرى.

اعتبارات أخرى :

إن القبول بمراحل النمو لا يعني أن كل الأطفال سيمرون بنفس التغيرات العضوية في الوقت نفسه، وبنفس القوة. صحيح أن الغالبية العظمى من الأطفال العاديين ستتماثل في السلوك الانفعالي أو الاجتماعي عند الدخول في مرحلة من مراحل النمو، لكن هناك ـ بالطبع ـ أطفالا سيتأخر دخولهم مرحلة معينة، وآخرين يسبقون غيرهم في دخول تلك المرحلة. لهذا فإن الاختلافات بين الأطفال في العمر الواحد أمر ينبغي توقعه وينبغي حسابه.

إذن فإن الأهم هو الترتيب الذي تمر فيه مراحل النمو وليس التحديد الدقيق للعمر المناسب للدخول لهذه المرحلة أو تلك.

والانتقال من مرحلة إلى أخرى يعني أن سلوك الطفل قد ينقلب إلى ضده. فالطفل في سن الخامسة مثلا قد يبدي تعلقا شديدا بأمه فيتبعها كالظل أينما تذهب، ولكنه في السادسة يدخل في مرحلة امتداد اجتماعي، فلا تراه الأم لأنه في غالبية الوقت إما خارج المنزل أو مع أصحابه، أو يكون مستغرقاً في اكتشاف شيء جديد في المنزل أو في الخارج. ويتطلب التوازن في النمو ألا نسمح بالتحكم الكامل لأحد الميول بسلوك الطفل، بل أن يوُجه الطفل للتكامل بين اتجاه وآخر، كالتعلق والانفصال عن الأسرة مثلا، لأن القبول بغلبة أي ميل سيكون تخليا عن إحدى نواحي التكامل الصحي والنمو السليم.

وينبغي أيضا أن نتذكر أن لكل مرحلة من مراحل النمو إيجابياتها

وسلبياتها. لكـن يجب أن نتذكر أن هـذه الإيجابيات أو تلك السـلبيـات ينبغي تقـويمها في ضـوء متطلبات المرحلـة ذاتها، وليس حسب قيمنـا أو متطلباتنـا الشخصية. بعبـارة أخرى، فإنه ينبغي تقويم خصـائص كل مرحلة بالمقـارنة بالغالبية العظمى من الأطفـال العاديين. مثال: الطفل في سن ٥,٥ إلى ٦ قد يكون أكثـر تمردا وعدوانيـة وإلحاحا وأنـانية من الطفل في سن ٧ الـذي يتميز بدوره بالتقلب الوجداني والتذمر والتعبير عن عدم السعادة. وإذا كان الطفل من النـوع الأول (من سن ٥,٥ إلى ٦ سنـوات) يسهل توجيهـه إيجابيـا بحيث يكون أقل أنانية وأكثر تحمسا وجرأة وحبا للحياة، فإنه يصعب توجيهه بحيث يكون أكثـر قدرة على الانضبـاط والتأني وإعمال التفكير كما هي الحال في طفل السابعة الذي يسهل ببعض التوجيه اكتسابه هذه الإيجابيات.

تغيرات سلوكية وليست اضطرابات:

تتعلق الغالبيـة العظمى من شكاوى الآباء والأمهات بـالسلوك الاجتماعي والانفعالي والفكري لأطفـالهم. ولأن هذه الشكاوى تكون شيئا متـوقعا نتيجة للنمو فـإنه لا ينبغي لنـا وصفها بـالاضطراب، بل على أنها تغيرات سلـوكية. وليس معنى ذلك أنه لا ينبغي الاهتمام بهذه الشكاوى، أو النظر إليها على أنها مشكـلات نمو ومن ثـم فإن التحسن آت ولا داعي للانـزعـاج أو عمل شيء إزاءها. ليس ذلك هـو ما نعنيـه، بل إن ما نريـد تأكيده هـو أن من القصور العلمي ألا يعرف المهتمون بصحة الطفل احتيـاجات نموه وطبيعته فينصرفون إلى التبرم ووضع مسؤولية مصاعب الطفل كاملة على الأبوين.

إن معـرفتنا بما سيحـدث أو مـا لا يحدث من تغيرات لا يعني تحريرنـا من المسؤولية تماما إزاءها بقدر ما يعني إدراكنا ما يتناسب مع النمو، بحيث تكون حلولنـا أكثر واقعيـة وملاءمة. كما أن هـذه المعرفة تعني تحريـرنا من مشـاعر

الذنب أو وقع المفاجأة عندما نتعامل مع مشكلات الطفل. ثم إن هذه المعرفة بمراحل النمـو ومتطلباتها وخصائصها تقـودنا إلى رسم خطط للعلاج مـرتبطة بالنمو وملتحمة به. وتقودنا هذه المعرفة في أحيان كثيرة إلى التسلح بالصبر إلى أن يتم تجاوز العاصفة بأقل خسائر ممكنة.

وسنعـرض في الفصلين التـاليين أهـم المشكلات السلـوكيـة التي ينبغي أن نحسب حساب عـامل النمو في التخطيط لعلاجها أو التفكير في هـذا العلاج على الإطلاق.

الفصل السابع والعشرون

تغيرات في النمو

أمثلة ونماذج

أ ـ مشكلات الأكل والطعام

هناك ثـلاث مشكلات رئيسية تـرتبط بسلوك الأكل والطعـام لدى الطفل هي :

(١) رفض الأكل والعزوف عن الطعام .

(٢) النهم والجشع في الأكل .

(٣) مشكلات مرتبطة بشكل غير مبـاشر بعمليات الأكل والطعام بما فيها التقيـؤ والتجشـؤ و تأخـر الانفطـام و الإصرار على الأطعمـة المسليـة السريعة وعدم القبـول بالأكل الذي تتوافر فيـه شروط الصحة والغذاء الجيد .

ومن بين هذه المشكـلات الثلاث نجد أن مشكلة الشهيـة للطعام هي من المشكـلات الرئيسيـة التي تثير جـزع كثير من الأسر. وعلى حسب ملاحظـات خبراء النمو، فإن شهيـة الطفل للطعام تقل عمـوما بين السنـة الثانيـة والسنة الثالثة من العمر. وتبدأ الشهية في الاعتدال بدخول السنة الثالثة ، وتمتد الشهية لـلأكل حتى تشمل أنواعـا من الطعام كـان يرفضهـا الطفل من قبل . ولكن

الشهية تدخل في مرحلة تناقص جديدة في السنة الرابعة، فضلا عن أن الطفل في هذه السنة قد يرفض أنواعا من الطعام كان قد سبق له أن قبلها وأحبها. وتتحسن الشهية من جديد في الفترة من ٤,٥ إلى ٥ سنوات، ثم تبدأ في الاعتدال وتستمر على ذلك حتى سن ٨ سنوات.

وبالرغم من أن الفترة من ٤,٥ حتى ٨ سنوات تشهد تطورا طيبا وشهية جيدة للأكل، فإن الطفل في سن ٦ قد تسهل إثارة قرفه أو اشمئزازه من أنواع معينة من الأكل لمجرد لونها أو ملمسها أو لأنه يرى أحد أطفال الأسرة الصغار يتعاطاها بطريقة تثير اشمئزازه.

وتتزايد الشهية بعد ذلك لدرجة كبيرة، مما يثير قلق الأسرة، خاصة عندما يكون الطفل في سن ١٢. ففي هذا السن يبدو الطفل كما لو كان يمتلك معدة لا تمتلىء. لكن عملية الضبط تبدأ في سن ١٣ سنة وتنتظم عادات الأكل الأخرى بصورة أفضل فيبدو الطفل أكثر انضباطا.

ويتفاوت الأطفال فيما بينهم في سلوك الأكل بحسب الطبيعة المزاجية وبناء الشخصية. فبعضهم يعيش ليأكل. فالطفل الممتلىء المستدير هو من هذا النوع الذي لا يشكو فقدان الشهية. ولكن هناك بعض الأطفال من النوع النحيف الضئيل الذين لا يفكرون في الأكل إلا نادرا، وهم عادة يجوعون فجأة وتمتلىء معداتهم بسرعة. ولهذا ينصح أطباء الأطفال أن تكون وجباتهم متعددة، وألا تقتصر على الوجبات الثلاث الرئيسية. وإذا ألححنا على مثل هذا النوع من الأطفال في الأكل فإنهم عادة ماسيزداد عزوفهم عنه، وقد يتقيأ الواحد منهم إذا كان الإلحاح قويا. ولحسن الحظ، فإن هذا النوع الأخير من الأطفال أكثر نشاطا، وأكثر صحة من النوع الممتلىء الذي يكثر من الأكل، هذا بالرغم من أن وزنهم يبقى دائما أقل.

وعموما، فإن هناك اعتبارات سلوكية ينبغي الانتباه لها عند التعامل مع مشكلات الشهية والطعام هي:

(١) تقديم الطعام بصورة جذابة.

(٢) تقديم الطعام بكميات قليلة.

(٣) تقديم الطعام ووضعه على المائدة دون تعليق أو إلحاح.

(٤) عدم التركيز على كمية الطعام التي ينبغي أكلها، فمثل هذا التركيز سيؤدي إلى عزوف الطفل ذي الشهية الضعيفة عن الاستمرار في الأكل.

(٥) العزوف عن بعض أنواع الطعام قد يكون نتيجة لأسباب صحية غير معروفة كالحساسية، وما تسببه من عدم راحة. ولهذا تأتي أهمية الفحص الطبي للطفل الذي لا يأكل كثيرا.

(٦) المحافظة على اتجاه ثابت، وعدم إبداء القلق أو المخاوف الشديدة تجاه سلوك الإقلال من الطعام. فلا شيء يثير عزوف الطفل وهروبه من الأكل أكثر من الجزء الذي تبديه الأم على طفلها وإلحاحها على إكمال كمية كبيرة من الأكل.

(٧) تذكّر أن الطعام من مباهج الحياة للطفل وللبالغين، فلا تفسده عليهم بالإلحاح والضغط.

ب ـ مشكلات الإخراج والتخلص من الفضلات

من الدروس الرئيسية في النمو أن تدريب الطفل مبكرا جدا على التبول الملائم لا ينجح، ليس لأن الطفل مضطرب، أو لا يمتلك إرادة وقوة كافيتين له على ذلك، إنما لسبب بسيط هو عدم النضج في الوصلات العصبية[١]،

وأن هذه الوصلات تنضج عند بعض الأطفال أسرع من البعض الآخر.

ولهذا فإن التدريب على التبول لا يحدث بنجاح عادة قبل سن ٢ أو ٥ , ٢ سنة. وقد ينجح بعض الأطفال في ضبط المثانة في هذه الفترة دون محاولات تدريب سابقة من الأسرة، والفتيات عادة ينجحن أسرع من الذكور في التدرب على ذلك.

ولكن يجب ألا نشعر بالجزع وخيبة الأمل إذا تأخر الطفل عن ذلك نظرا لأن هناك فروقا فردية كثيرة بين الأطفال في ضبط المثانة. بل قد يتأخر بعضهم حتى سن ٦ أو ٧. وعموما، فإنه لا يوجد بالضرورة لدى الأطفال الذين يتأخرون في ذلك ما يدل على اضطرابهم الاجتماعي أو الانفعالي، كما يخشى الآباء وكما تروّج لذلك بعض النظريات التحليلية المبكرة في علم النفس. فهناك أطفال يتكلمون أسرع مما يمشون، وهناك أطفال يتدربون بسرعة شديدة على ضبط المثانة لكن سلوكهم الاجتماعي قد يتأخر تطوره، والأطفال الذين يتأخر تدريبهم على التبول قد يكون نموهم سريعا وملائما في كل الجوانب الاجتماعية والانفعالية الأخرى (Llge, Ames, & Baker, 1981).

جـ ـ مخاوف لكل عمر

تمر في حياة كل طفل مواقف أو خبرات تثير مخاوفه وجزعه. وقد تتحول هذه إلى مخاوف دائمة. ويجب علينا كآباء وأمهات أن نساعد أطفالنا ونحميهم من الخبرات المفاجئة والمواقف المخيفة.

ولكن هناك مخاوف لا نستطيع أن نحميهم منها دائما، لأنها تأتي مصاحبة للنمو، ولكنها قد تختفي من تلقاء نفسها. صحيح أن الأطفال يختلفون فيما بينهم في مدى استجابتهم لهذه المخاوف، لكن لكل مرحلة عمرية مخاوفها الخاصة. وتوضح الأبحاث أن مخاوف الطفل في سن الثانية تختلف عن مخاوفه

في سن الثانية والنصف أو الرابعة مثلا. ويوضح الجدول (رقم ٨) بيانا بالمخاوف الشائعة في كل عمر والتي نشعر أن ذكرها يعطي المعالج والأبوين كلاهما أرضية ملائمة للتعامل مع مخاوف كل عمر، وتمدهم ببعض البصيرة والحكمة في مساعدة الطفل وتدبيره.

ويتضح من الجدول اللاحق(٨) أن لكل مرحلة مخاوفها، وأن مخاوف محددة تظهر في فترة وتختفي لتظهر في فترة أخرى.

كذلك فإن مخاوف الأطفال ليست جميعها شيئاً سيئاً فهي تعلمهم الحذر وحساب المخاطر. والإعداد للأزمات الطارئة، وتجنب الدخول في مواقف قد تكون خطرة على سلامة الواحد منهم أو منهن.

جدول (٨)

المخاوف وعلاقتها بمراحل النمو

العمر	نوع المخاوف
عامان	مخاوف متعددة منها مخاوف سمعيةمثل الخوف من . القاطرات، الرعد، الناقلات الضخمة، المكانس الكهربائية . مخاوف بصرية: الألوان القاتمة، المجسمات الضخمة . مخاوف مكانية: لعب أو عرائس متحركة، الانتقال لبيت جديد . مخاوف شخصية: انفصال عن الأم وقت النوم - خروج الأم أو مغادرتها المنزل - المطر والرياح . مخاوف مرتبطة بالحيوانات: خاصة الحيوانات الوحشية .
٢,٥ سنة	مخاوف مكـانيـة: الخوف من الحركـة أو الخوف من تحريـك بعض الموضوعات . مخاوف من الأحجام الضخمة خاصة الناقلات .
٣ سنوات	مخاوف بصرية: المسنون - الأقنعة - الظلام - حيوانات - رجال الشرطة - اللصوص . مغادرة الأم أو الأب ا لمنزل خاصة ليلا .
٤ سنوات	مخاوف سمعية، خاصة الماكينات الظلام - الحيوانات البرية - مغادرة الأم المنزل خاصة بالليل .
٥ سنوات	فترة خالية نسبيا من المخاوف. لكن المخاوف إن وجدت تكون ملموسة وواقعيــة كـالخوف من الإيـذاء و الأشرار والاختطاف، والكـلاب، والخوف من عدم عودة الأم أو الأب للمنزل .
٦ سنوات	فترة تزايد في المخاوف . . تأخذ أشكالا مختلفة مخاوف سمعيـة: جرس الباب - التليفون - الأصوات المخيفة - أصوات الحشرات وبعض أصوات الطيور. مخاوف خرافيـة: الأشباح والعفاريت - الساحرات - الخوف من اختباء أحد في المنزل أو تحت المخدع . مخاوف مكانيـة: الخوف من الضياع أو الفقدان - الخوف من الغابات

تابع جدول (٨)

المخاوف وعلاقتها بمراحل النمو

نوع المخاوف	العمر
والأماكن الموحشة. الخوف من بعض العناصر الطبيعية: الخوف من النار ـ الماء ـ الرعد ـ البرق ـ الخوف من النوم المنفرد ـ البقاء في المنزل أو في حجرة ـ الخوف من ألا يجد الأم بعد العودة لمنزله، أو أن يحدث لها أذى، أو أن تموت. الخوف من أن يعتدي عليه أحد بالضرب ـ الخوف من الجروح والدم ـ والنزيف.	٦ سنوات
تستمر المخاوف في الانتشار لتشمل: مخاوف بصرية: الظلام ـ الممرات الضيقة ـ الأقبية ـ تفسير الظلال على أنها أشباح أو كائنات. الخوف من الحروب والدمار ـ الخوف من الجواسيس واللصوص ـ أو اختباء أحد في المنزل أو تحت المخدع. مشاكل لا تصل لدرجة الخوف ولكنها مرتبطة بالنمو كالخوف من أن يصل متأخرا للمدرسة أو أن يتأخر عن موعد الحافلة ـ أو أن يفقد حب الآخرين الخوف من إهمال الآخرين له.	٧ سنوات
تتضاءل عموما المخاوف في هذه الفترة. وتختفي المخاوف من الماء، وتقل بشكل ملحوظ مخاوف الظلام.	من ٨ : ٩ سنوات
تظهر مخاوف جديدة منتشرة بين أطفال هذه المرحلة، بالرغم من أن نسبة المخاوف تقل بشكل عام عما هي عليه في الأعوام السابقة، وعما هي عليه في الأعمار اللاحقة (١٢ سنة). ومن أهم مخاوف هذه الفترة الخوف من الحيوانات خاصة الثعابين والحيوانات الوحشية. الخوف من الظلام (ولو أنه يوجد لدى عدد أقل من أطفال هذه الفترة). الخوف من النار والمجرمين أو القتلة أو اللصوص.	١٠ سنوات

الفصل الثامن والعشرون
النضج العقلي والنمو

مشكلة التخلف العقلي أو صعوبات التعلم من المشكلات التي يجب معالجتها أساسا كمشكلة تتعلق بالنمو والتطور، وليس كاضطراب أو خلل في الشخصية أو السلوك.

ويمكن تعريف التخلف العقلي على العموم على أنه الحصول على نسبة ذكاء أقل من المتوسط، وله درجات تبدأ من الدرجات التي تقل عن المتوسط حتى تصل إلى مستوى التخلف العقلي العميق[1] ، وهو مستوى يصعب عنده تدريب الطفل، ويقتضي بالتالي أن يظل الطفل الذي في هذا المستوى تحت إشراف مهني أو أسري كامل بسبب عجزه عن رعاية نفسه وحمايتها من الأخطار.

وعادة ما يُكتشف التخلف العقلي من خلال استخدام مقاييس الذكاء، التي تحتوي في الغالب الأعم على مشكلات حسابية، وكلمات، ومتاهات تحتاج لبعض المهارة في حلها، فضلا عن أشياء وموضوعات تحتاج لإعمال التفكير والحل والتركيب وإدراك العلاقات المكانية، وما إلى ذلك.

وبالرغم من أن هناك اعتقادا بين عدد لا بأس به من علماء النفس بأن الذكاء تحكمه قوانين وراثية، فإن تجارب عدة بينت أن تدريب الأطفال على النشاط الحركي، والعقلي، وحل المشكلات يرفع نسبة ذكائهم بما يزيد على ٢٥٪. وهي نسبة عالية إذ من شأنها في بعض حالات التخلف العقلي البسيط

أن تنقل الطفل إلى مستوى عادي من الذكاء يمكن له عنده أن يواصل دراسته وأن يرعى نفسه بشكل مستقل.

وإذا كان علماء النمو يشجعون على تدريب إمكانات الطفل العقلية، فإنهم يدركون أن فاعلية هذا التدريب ترتبط بوجود الاستعداد العضوي (النضج) الملائم لذلك. ومن هنا ينظر علماء النمو بحذر إلى التبكير الشديد في تدريب الطفل على القراءة والحساب في السنوات الأولى من العمر.

ومن الدروس التي نستقيها من الأبحاث على النمو أن الذكاء والنضج العقلي يتطوران في مراحل، وتطور الذكاء في هذه المراحل يبين أنه لا يقتصر على المهارات في استخدام الأرقام والحساب واللغة كما توحي لنا مقاييس الذكاء العادية، بل إنه يحتوي على مهارات أخرى لا تتطلب القراءة أو الكتابة أو التعامل بالأرقام والرموز، ويمكن ملاحظة بعض هذه المهارات في السنين الأولى للطفل وذلك كالمهارات الحسية والحركية كالجلوس والمشي والحركة والكلام، وهي المهارات التي يلجأ لها العلماء لتقدير نسبة ذكاء الطفل في الأعمار السابقة على تعلم القراءة والكتابة.

ويوضح الجدول رقم (٩) بعض المرشدات التي تساعد الآباء على تقدير مستوى النضج العقلي لدى الطفل في أعمار مختلفة.

ومن هذا الجدول يتضح لنا أن النضج العقلي مسألة مراحل وتطورات ويمكن الاستدلال عليه في غالب الأحوال من مظاهر تطور تختلف ـ بشكل ما ـ عن القراءة أو الكتابة أو اللغة. وغالبا ما يأخذ هذا النمو في الأعمار الصغرى مظاهر حركية. ولهذا فالطفل الذي يمشي مبكرا قد يحصل فيما بعد على درجات عالية على مقاييس الذكاء، أو على الأقل درجات متوسطة. ولن يحصل على درجات أقل من ذلك.. أي لن يكون متخلفا إلا في بعض الحالات النادرة نتيجة للإصابات والحوادث.

جدول (٩)

مراحل النضج العقلي ونمو الذكاء

العمر	مظاهر النضج
١٦ أسبوعا	التبسم التلقائي للوجوه المعروفة الضحك بصوت عال الاستجابة بفرح لمشهد الطعام. يستطيع الجلوس مستندا لعشر أو خمس عشرة دقيقة.
٢٨ أسبوعا	يجلس لفترة قصيرة ينحني إلى الأمام مستندا إلى يديه يقبض على الأشياء إذا وجدت على مرأى منه ينقل الأشياء من يد إلى يد أخرى أصوات متميزة (كنواة لنطق الحروف المتحركة) يأكل الأشياء الصلبة يضع قدميه في فمه عندما يكون راقدا على ظهره.
٤٠ أسبوعا	يزحف على اليدين والركبتين يتجول داخل المكان مستندا إلى قطع الأثاث قد يكون باستطاعته نطق كلمات مثل «ماما» و«دادا»
١٢ شهرا	يستطيع أن يمشي بالاعتماد على يد شخص آخر يستطيع التفوه بكلمتين بالإضافة إلى «ماما» و«دادا» يتعاون قليلا عندما تقوم الأم بتلبيسه ملابسه
١٥ شهرا	يستطيع السير خطوات قليلة بمفرده يستطيع أن يزحف وهو يصعد على السلم يقلب صفحات كتاب بيديه رصيده اللغوي من ٤ ـ ٦ كلمات يُعطي لعبته لوالدته، ولكنه يستردها من جديد.
١٨ شهرا	يسير بمفرده ونادرا ما يقع يستطيع أن يصعد السلم بالاستناد إلى إحدى يديه على شخص آخر يستطيع أن يجلس على كرسي صغير، أو يصعد ليجلس على كرسي كبير ينظر إلى صور كتاب يستطيع أن يطعم نفسه، ولكنه يبعثر الطعام.

تابع جدول (٩)

مراحل النضج العقلي ونمو الذكاء

العمر	مظاهر النضج
٢٤ شهرا	يستطيع أن يصعد وينزل السلم بمفرده يستخدم جملة من ثلاث كلمات قد يعبر عن حاجته إلى الطعام أو التبول تستطيع تدريبه على ضبط التبول نهارا ابتداء من ٥ , ٢ سنة يشير إلى نفسه بالاسم .
٣٦ شهرا	يبدل قدميه عند صعود السلم يستطيع ركوب وتبديل دراجته بثلاث عجلات يستخدم كلمات الجمع بشكل مناسب يستطيع أن يطعم نفسه من أوعية الطعام دون دلق أو بعثرة يصب المياه من وعاء إلى كوب يستطيع أن يلبس حذاءه يحفظ بعض الأناشيد أو الأغنيات الشائعة
٤٨ شهرا	يرسم مربعا بالمحاكاة يعد أربعة أشياء (بالإشارة) ينط باستخدام قدم واحدة يغسل ويجفف وجهه ويديه يستخدم فرشة الأسنان يرسم شخصا (الرأس والذراعين والساق) يلبس ويخلع ملابسه مع بعض الإشراف ، يربط حذاءه يلعب لعبات تعاونية تلقائية مع الأطفال الآخرين يستطيع أن يخرج أمام البيت دون أن يعبر للشارع (يدرك الخطر) .
٦٠ شهرا	يقف على القدمين بالتبادل (الحجلة) يعد ١٠ أشياء يعرف كم أصبعا في كل يد يعرف النقود أو بعضها يتعرف على الألوان يلبس ويخلع ملابسه مستقلا يكتب اسمه (بالمحاكاة) يكتب من ١ إلى ٥ .

لكنَّ الطفل الـذي يتأخر عن الأطفـال في نفس عمـره في مظاهـر النضج العضوي لـن يكون بالضرورة متخلفـا. فكثير من الأطفـال الأذكياء قد يتـأخر نموهم العضلي وقدرتهم على الكلام أو المشي.

وبالـرغم من أننا ننصح بالاسترشـاد بالأخصائيين عندمـا يتأخر الطفل في الكـلام عن سن ٣ أو ٤ سنوات، فإن التأخـر عن الكـلام أو استخدام اللغـة يجب ألا يكون بـالضرورة مصدرا للإزعـاج أو القلق. فهناك فروق فـردية كبيرة بين الأطفـال في هـذه الناحيـة. فمنهم من يستطيع استخـدام جمل قصيرة في الشهر ١٨. ومنهم من يتأخر ــ خاصة بين الذكـور ـ في ذلك حتى ٥,٢ سنة أو مابعدها.

ويحسن على العموم أن ننظر إلى مسألة النمو العقلي على أنها مسألة متعددة الأوجه، ومن الأفضل النظر إليها من أربعة جوانب أو نشاطات هي:

١ ـ تطور حركي (مهـارة في استخدام الجسم في الجلوس والمشي والصعود، والنزول... الخ).

٢ ـ سلـوك تكيفي (حل مشكلات يوميـا، رعاية النفس، غسيل الـوجه، التجفيف، الأكل مستقلاً، الاستحمام، تصفيـف الشعر،.. اللبس والخلع.. إلخ).

٣ ـ سلوك لغوي (استخدام الكلمات والجمل بشكل ملائم والنمو اللغوي بشكل عام).

٤ ــ سلـوك شـخصي واجتماعـي (اللعب التعاوني ــ استخـدام النقـود، تنظيف المنزل أو المخدع ـ حماية النفس.. إلخ).

ولأن النضج العقلي يتكون من أربعـة جوانب سلوكيـة، فإن من المتوقع أن

الطفل الواحد قد يتطور بإمكاناته في جانب منها أسرع من الأخرى، والعكس صحيح. فالبعض قد يتأخر في السلـوك اللغوي، لكن سلوكه التكيفي عادي أو أكثر من العادي. وليس لأن أحد الأطفـال متخلف مثلا في التطور الحركي نستنتج أنه طفل متخلف عقليـا في كل الجوانب الأخرى من سلـوكه. ومن ثم فإن الاعتماد على نسبة الـذكاء وحدهـا في الحكم على الطفل قد يكـون مضلِّلا ومعطِّلا لإمكانات تنميتـه في كل جانب من جوانب النضج والنشاط العقلي. فمن المهم أن ينتبه الآباء إلى جوانب القوة لتدعيمها وجوانب الضعف لتدريبها فهذا أفضل من الاعتماد على نسبة الذكاء وحدها.

هوامش الباب الخامس

الفصل السابع والعشرون

١ ـ Nerve Connections

الفصل الثامن والعشرون

١ ـ Profound Mental Retardation

ملاحق

ملحق ١ : تدريبان مفصلان للاسترخاء

ملحق ٢ : برنامج لتدريب الطفل بطريقة ملطفة على توثيق تفاعله الإيجابي ببيئته الاجتماعية

ملحق (١)

تدريبان مفصلان للاسترخاء

يشتمل هـذا الملحق على تـدريبين لـلاسترخـاء. الأول منهما ننصـح باستخـدامه في المراحل الأولى من التـدريب على الاسترخاء. وهـو يعتمد على القيـام بإرخاء وشـد أعضاء الجسم حتى يستطيع الطفل أن يطلع مبـاشرة على إمكـان القيـام بالتحكم في عضـلات الجسم.. ومن ثـم إرخائهـا في الـوقت المناسب (إبراهيم، ١٩٨٣)

أمـا التدريـب الثاني فهو تدريب للاسترخاء العميق وينصح باستخدامه بعـد اكتمال التـدريب على الاسترخاء بـالطـريقـة الأولى القائمـة على الشـد - الإرخـاء. وينقل هذا التـدريب الشخص مباشرة إلى الاسترخـاء العميق لكل عضلات وأعضاء الجسم بشكل تصاعدي. ويـركز بصورة أقوى من التمرين الأول على إثارة الإيحاء بالاسترخـاء وإثارة الصور الذهنيـة والتخيلات التي من شأنها أن تيسر للطفل الـدخول في مـراحل أعمق وأعمق (أخذنـاه بتصرف من إبراهيم، ١٩٨٧).

التدريب الأول
تدريب على الاسترخاء
العضلي بطريقة منظمة

فيما يلي نموذج للتدريب العضلي أخذناه من مصادر متعددة لأنه يجمع مزايا كثير من الطرق من ناحية، ولأن خبرتنا تدل على فاعليته من ناحية أخرى خاصة في المراحل الأولى من التدريب:

«استلق الآن على مكان مريح (أريكة أو كرسي أو سرير) وفي وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك. أغمض عينيك، واصغ إليّ. سأنبهك الآن لبعض الإحساسات أو التوترات في جسمك وسأبين لك بعدها أنه باستطاعتك أن تقلل منها وأن تتحكم فيها.

الذراعان:

جميل! إن جسمك الآن لا يزال في وضعه المريح، ولا تزال عيناك مغمضتين في استرخاء لطيف (لحظة صمت). وجّه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولاً. . كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليسرى (الذراع اليسرى بشكل خاص)، أغلق راحة يدك اليسرى. . أغلقها بإحكام وبقوة (لحظة صمت)، لاحظ أن عضلات يدك الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر، وتشتد. انتبه لهذا التوتر والشد. لاحظه. والآن دع هذا. افتح يدك اليسرى وأرخها وضعها على مكان مريح (على مسند الأريكة أو وسادة)

ولاحظ الفرق بين ما كـانت عليه من شد وتوتر ومـاهي عليه الآن من استرخاء (عشر ثـوان صمتا). والآن مـرة أخـرى كـرر هذا. أغلـق راحة يـدك اليسرى بإحكام وبقوة، ولاحظ التوتر والشد من جديد. لاحظه ثم من جديد دع هذا كله. افتح يدك اليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ماكانت عليه من توتر وماهي عليه الآن من استرخاء. (١٠ ثوان صمتا).

اليدان:

لنتجه الآن ليدك اليمني. أغلق بإحكام راحـة اليد اليمنى. ولاحظ التوتر في اليـد اليمنى والـذراع (٥ ثوان صمتـا). والآن استرخ، استمـر في وضعك المريح وأرخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من توتر وماهي عليه الآن من شد وتـوتر، ارخها ودعها في وضع مـريح فاردا أصابعك بـاسترخاء. لاحظ أيضا أن هناك تنميلا ولينـا قد بدآ ينتشران في ذراعيك اليمنى واليسرى، كلتا ذراعيك الآن قد بدأت تسترخي. . وتسترخي.

والآن دعنـا نتجـه إلى راحـة اليـد. اثن راحتيك كلتيهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشـد والتوتر في المعصم وظهر اليد. ادرس هذا التـوتر ولاحظه. والآن استرخ وعـد بمعصميك إلى وضعهما المريح، ولاحظ الفـرق بين التـوتـر والاسترخاء (عشر ثـوان) كرر هذا مرة أخـرى. معصمك إلى الخلف والشد في مقدمـة الذراع وخلف راحـة اليد. ثم استرخ وأرخ معصميـك. . عد بهما إلى وضعهما المريح. . دع نفسك على سجيتها، واشعر باسترخاء أكثر وأكثر.

الكفان:

والآن أطبق بإحكـام كفيـك. واثنهما في المقـدمـة في اتجاه الـذراعين إلى أن تشعـر بتـوتر عضـلات أعلى الـذراعين في ذلك الجزء الممتـد من الـرسغ حتى الكوع. حـاول أن تدرس التوتـر وأن تحسه. والآن استرخ. أسقط ذراعيك إلى

جانبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وماهي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه. (عشر ثوان صمتا). كرر هذا مرة أخرى. اقبض كفيك بإحكام واثنهما في اتجاه الكتفين، محاولا أن تلمسهما بقبضتك. توقف وأسقط ذراعيك واسترخ. اشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر (عشر ثوان).



شكل رقم ٢٢: أغلق اليدين بإحكام ثم لاحظ التوتر والشد في المعصم وظهر اليد. ثم أرخهما وعد بمعصميك إلى حالتهما الأولى لماردا أصابعك، ودع يديك ترتخيان في وضع مريح. لاحظ بعد ذلك أن هناك تنميلا ولينا قد بدآ ينتشران في اليدين والمعصمين وأجزاء كثيرة أخرى من الجسم.

الكتفان:

والآن دعنا نتحول إلى الكتفين. ارفع كتفيك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفيهما. لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة، ادرس هذا التوتر ولاحظه. توقف. استرخ عائدا بكتفيك إلى وضع مريح. دع عضلاتك على سجيتها أكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر السابق والاسترخاء الذي بدأ ينتشر في الكتفين (عشر ثوان). كرر ذلك مرة أخرى. ارفع كلتا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الأذنين. والآن استرخ. أرخ عضلات كتفيك، وعد بهما إلى وضع مريح. ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثوان).

عضلات الوجه :

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك. الآن عليك أن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن جلدها قد (تكرمش). والآن استرخ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعها المسترخي. أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان). كرر هذا من جديد. ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة، وأعلى العينين. والآن أرخ الجبهة، واسترخ بعضلاتها. ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (عشر ثوان).

العينان :

والآن أغلق عينيك بإحكام. أغلقهما بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين (خمس ثوان) والآن دع تلك العضلات على سجيتها ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا من جديد. أغلق عينيك بإحكام وقوة. التوتر يشملهما. استمر (٥ ثوان). والآن استرخ.. ودع عضلات عينيك على سجيتها في وضعها المريح المغمض (١٠ ثوان).

الفك والأسنان :

والآن أطبق فكيك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تعض على شيء. لاحظ التوتر في الفكين. (٥ ثوان). والآن دع فكيك واسترخ، ودع شفتيك منفرجتين قليلا، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (١٠ ثوان). مرة أخرى أطبق الفكين. لاحظ مافيهما من توتر (٥ ثوان). والآن دع ذلك واترك نفسك على سجيتها. مسترخيا أكثر فأكثر (١٠ ثوان).

الشفتان:

والآن اتجه إلى شفتيك، زمهما، واضغط بكل منهما على الأخرى بإحكام.. جميل. اضغط كلا منهما على الأخرى بكل ثقلك ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم. والآن استرخ وأرخ عضـلات شفتيك ودع ذقنك في وضع مريح. مرة أخرى اضغط على شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم. استمر (٥ ثوان). لاحظ كيف أن تلك العضـلات قد بدأت تتراخى بعـد هذا الشـد والاسترخاء المتوالي. الآن كلتا يديك، ووجهك، وذراعـاك، وكتفاك، ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية في وضع هادىء.

الرقبة:

والآن لنتجه إلى الرقبة. اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند إليهـا. اضغط إلى أن تشعـر بتـوتر في خلف الـرقبـة والجزء الأعلى من الظهـر بالذات. استمر. ادرس ذلك. والآن دع ذلك، وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بـالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الـذي أنت عليه الآن. استمر الآن فيما أنت فيه، أكثر فأكثـر، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع. كرر هذا من جديد شد رأسك إلى الخلـف. ولاحظ التوتر المستثار. استمر في ذلك لحظـة (٥ ثوان) والآن دع ذلـك وانتقـل إلى استرخـاء عميـق.. عميق (١٠ ثوان).

والآن مد رأسك إلى الأمام، كما لـو كنت ستدفن ذقنك في صدرك. لاحظ التـوتر الـذي يحدث الآن في الـرقبة. والآن استرخ. دع كل هـذا واسترخ على سجيتك (١٠ ثوان) كرر ذلك. ادفن ذقنك في صدرك. استمر في ذلك قليلا (٥ ثوان) والآن استرخ أكثر فأكثر (١٠ ثوان).



شكل رقم ٢٣ : ثني الرقبة إلى الأمام أو الضغط بها إلى الخلف وسيلة لزيادة التوتر والشد في منطقة الرقبة والجزء الأعلى من الظهر. أما العودة بها إلى وضع مريح ولين فتؤدي إلى الشعور بالاسترخاء العميق في هاتين المنطقتين نفسيهما ومواضع أخرى من الجسم.

الجزء الأعلى من الظهر:

والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر. قوِّس ظهرك. قوِّسه كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر في الظهر، خاصة في الجزء الأعلى. والآن استرخ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي فاردا ظهرك في وضع مريح سواء كنت على كرسي أم على أريكة. ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر والاسترخاء الحالي. (١٠ ثوان). مرة أخرى قوِّس الظهر. لاحظ التوتر المستثار. استمر قليلا (٥ ثوان). والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخي تاركا كل شيء على سجيته (١٠ ثوان).

والآن خذ نفسا عميقا. . شهيقا عميقا. لاحظ الآن أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن. والآن استرخ وكن على السجية، وانفث الهواء، واستمر في تنفسك العادي، ولاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (١٠ ثوان). أعد ذلك من جديد. خذ شهيقا عميقا، واكتمه، ،لاحظ التوتر، والعضلات التي تتوتر.

والآن ازفر وتنفس بطـريقة عـادية ومريحة، تـاركا عضـلات الصدر والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (١٠ ثوان).

البطن:

والآن اقبض عضلات البطن. شدَّها إلى الداخل. حافظ على هذا الوضع قليـلا. والآن استرخ، ودع تلك العضـلات تتراخى. استرخ ودع نفسك على سجيتها (١٠ ثوان). أعد هذا من جديد. شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتـوترهـا. لاحظ هذا التـوتر وادرسـه (٥ ثوان). والآن استرخ، دع كل شيء يتراخى في عمق أكثر وأكثر. توقف عن أي شد، وتخلص من أي توتر في أي عضلة ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالي (١٠ ثوان).

الفخذان:

والآن افرد ساقيك وأبعدهما بقدر مـا تستطيع. افردهما حتى تلاحظ التوتر المستثـار في منطقـة الفخـذ (٥ ثـوان). والآن استرخ ودع سـاقيك تسترخيـان ولاحظ الفـرق من جديـد بين التوتـر السابق للفخـذين وما هما عليـه الآن من وضع مـريح واسترخـاء محسوس (١٠ ثـوان). أعـد هذا من جـديـد. ألصق ركبتيك، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتـوتر شديد في الفخذين (٥ ثـوان). والآن استرخ. أرخ عضـلات جســدك. . دع كل الأعضـاء على سجيتها تخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (١٠ ثوان).

الساق والأقدام:

والآن إلى بطن الساق. حاول أن تشد عضلاتها بأن تثني قدميك إلى الأمام في اتجاه الوجه. انتبه إلى أنك عندما تثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر بالشد والتوتر والانقباضات العضليـة في بطن الساق وفي القصبة على السواء. والآن

استرخ. عد بالقدمين إلى وضعهما السابق، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء (١٠ ثوان). والآن هذه المرة: اثن قدميك إلى الخلف في اتجاه رسغ القدم، محاولا أن تجعل أصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبة الساقين وبطنهما. استمر قليلا. والآن عد إلى سجيتك مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق. ساعد نفسك على الاسترخاء أعمق وأعمق من قبل (١٠ ثوان).

لاحظ أن كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريبا ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. لاحظ أنك تستطيع أن تشد عضلاتك وأن توترها وبالقدر نفسه تستطيع أن تسترخي بجسمك كله. إنك تسترخي وإذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية، فحاول أن ترخيها. راجع معي من أسفل إلى أعلى كل عضلات أعضائك إذا لم تكن مسترخية فأرخها حالا. لنبدأ بعضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (٥ ثوان). أرخ عضلات الفخذين، والركبة وبطن الساق والقصبة. . . (٥ ثوان) العجز والردفين (٥ ثوان)، البطن وأسفل الظهر والوسط (٥ ثوان) أعلى الظهر، والصدر والكتفين (٥ ثوان)، راحة اليد والأصابع والذراعين (٥ ثوان) الرقبة والزور (٥ ثوان). . جبهتك مسترخية (٥ ثوان). . كل عضلات الجسم مسترخية ومستلقية في وضع مريح. . والآن استمر في هذا الوضع المريح وسأعد من واحد إلى عشرة. . . وفي كل مرة حاول أن تسترخي أعمق فأعمق ١٠٠٠، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠. جميل أنك قد أخذت قسطا وافيا من الاسترخاء الآن. . . وسأعد تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما أصل إلى واحد ستفتح عينيك، وتجلس، وتستيقظ في نشاط هادىء: ٥، ٤، ٣، ٢، ١، عيناك مفتوحتان، وأنت الآن في كامل يقظتك وفي كامل نشاطك دون قيود.

التدريب الثاني
الاسترخاء العميق

اجلس أو ارقد في استرخاء

أغمض عينيك إن أردت . . أو اتركهما مسبلتين

أنت الآن تجلس في سكينة واسترخاء، تتنفس بانتظام وببطء.

لا قلق، ولا شـــد، ولا تـوتـــر. . كل القلق يتسرب من كـل جسمك تدريجيا.

إحساس بالراحة والهدوء ينتشر في جسمك كله.

خذ الآن نفسا عميقا بطيئا ثم أخرجه بنفس البطء والهدوء.

أ ـ الاسترخاء التصاعدي للمنطقة السفلى من الجسم

القدمان:

الآن وجِّه كل انتباهك وتركيزك إلى قدمك اليسرى.

أريدك أن تركِّز على قدمك اليسرى وتتخيل كل النتوءات والأصابع في تلك القدم وكيفية تركيبها كأنها صورة فوتوغرافية.

ركِّز على قدمك اليمنى بالشكل نفسه.

حاول بقـدر الإمكان أن تـرخي كلتا قـدميك اليسرى واليمنى وأن تضعهما في هدوء واسترخـاء الآن أنت تشعر بـأنهما تثقلان في الـوزن ويسري الدفء في كل منهما.

كلتـا قـدميك الآن دافئـة ثقيلـة ومسترخيـة وهنـاك تنميل خفيف يسري فيهما.

تذوق واشعـر باسترخائهما وثقلهما والدفء والاسترخـاء يسري في القدمين اليمنى واليسرى.

الساق والركبة:

والآن إلى الساق والركبة جميع عضلاتهما أيضا مسترخية والتنميل ينتشر الآن في الركبتين والساقين والقدمين اليمنى واليسرى.

تنفسك في الوقت نفسه منتظم.. الاستنشاق والـزفير بطيئان وفي يسر.. مع كل نفس تتنفسه تحس باسترخاء أكثر.. وأكثر في الجسم كله وفي القدمين والركبتين.. ومؤخرة الساق بشكل خاص.

جميعها تسترخي وتسترخي... وتسترخي في سكينة.

من المهم أن تشعر وتحس بقوة بهذا الاسترخـاء. حاول أن تحس بالاسترخاء في كل جسمك.. خاصـة في القدمين والسـاقين حيث الدفء والثقل وكأنهما قطعتا قماش ملقتان ومنفصلتان عن الجسم.

الفخذان:

وجه انتباهك وأفكارك إلى منطقة أخـرى.. إلى الفخذين، انتباهك جميعه الآن مـركز عليهما.. حـاول أن تطـرد منهما كل التـوترات والتقلصـات إلى أن تشعر بكل التوتر يتسرب منهما تدريجيا.

الردفان:

الآن إلى المنطقـة العضليـة التي تعلـو الفخـذين إلى الـردفين.. هما أيضـا مسترخيتان والتوتر يتسرب منهما تدريجيا وقد أخذتا تثقلان وتثقلان.

لاحظ أن كل المنطقة السفلى من الجسم مسترخية . . انتباهك كله مركز في هـذه المنطقة، إذا لم يكن انتباهك فيها . . حاول أن توجهه الآن إلى المنطقة السفلى بكل أعضائها، وعضلاتها مسترخية ودافئة وثقيلة وكأنك قد أخذت لتوك حماما دافئا وأنت تستلقي بعده .

ب ـ المنطقة الوسطى

البطن والمعدة :

حاول الآن أن ترخي منطقة البطن والمعدة من الداخل، دع معدتك تسترخي وتنتفخ . ومنطقة البطن والوسط جميعها مسترخية وخالية من كل التقلصات العضلية . في هـذه المنطقة بالذات تتركز عضلات كثيرة تتأثر بكل الاضطرابات العصبية والقلق . . لهذا حاول الآن أن تشعر باسترخائها وأن تتذوقه، شاعرا بأن كل التوتر العضلي يتسرب من منطقة البطن . . والمعدة . . دون عودة .

تنفس في نفس الوقت بانتظام . . وبطء . . وهدوء .

حاول أن تفكر في كلمة «مسترخ» . . وفي كل مرة تعيدها تشعر معها بأن الجسم كله يسترخي . . البطن والمعدة والفخذان والساقان وأصابع القدمين .

جـ ـ المنطقة العليا

الصدر:

والآن إلى منطقة الصدر والقفص الصدري، إنها مسترخية، والتوتر والشد يتسربان منها إلى الخارج في كل نفس تتنفسه .

إن الاسترخاء الآن والتنميل يسيطران عليك من الصدر إلى البطن ثم الردفين والفخذين والساقين، حتى أصابع القدمين . . وكي تصل إلى أقصى

وأعمق درجـات الاسترخـاء فيها . . فـإنني سأذكر اسـم كل عضو منهـا ومـا عليك عنْدما تسمع الاسم إلا أن تـوجه انتبـاهك إلى هذا العضـو وحاول أن ترخيه وكأنه قطعة قماش منفصلة عنك .

الصدر والقفص الصدري مسترخيان

البطن والوسط

المعدة مسترخية ومنتفخة

الردفان مسترخيتان . . وثقيلتان

قصبة الساق

القدم

أصابع القدمين كلها خاصة الأصبعين الكبيرين

إنك الآن مسترخ وكأنك مرهق ومتعب . . وعلى وشك النوم بعـد عناء يوم طويل وشاق .

بالشكل نفسه أرخ الكتفين .

التوتر يتسرب من كل الكتفين

الظهر والعمود الفقري :

الظهر . خاصـة العمود الفقري الذي يمتد من أسفل الرقبـة حتى مؤخرة الظهر، إنه نائم ومسترخ بكامله .

الذراعان مسترخيتان بدءا من الكتف حتى الأصابع

كل أصـــابع اليـدين مسترخيــة ، الإبهام والسبـابـة والأصــابع الصغيرة

والوسطى . . كلها مسترخية ونائمة وثقيلة

الكوع واليدان مسترخية وثقيلة

كلتا الذراعين مسترخية وثقيلة

دع الآن أفكارك تتحول في كل المنطقة

ابدأ من المنطقة التي تحت الرقبة . . . إنها مسترخية

كذلك الكتفان

كذلك الذراعان

الكوع . .

الرسغ

اليد . .

أصابع اليد .

جميعها ثقيلة . . . نائمة . . منملة . . . مسترخية .

تنفسك ينتظم . .

وحركة الدم في داخلك تنتظم .

كل جسمك الآن دافىء ومسترخ . . وثقيل وراقد في سلام وسكينة وهدوء . . إحساس لم تشعر به أبدا من قبل . . تجربة وخبرة . . . إنك الآن في كامل القوة والحيوية والسلام مع التنفس .

كل جسمك الآن مسترخ . . وتنفسك هادىء . . وضغطك يتضاءل وأنت تردد بينك وبين نفسك كلمة مسترخ ومطمئن . . وراض . . وتشعر مع كل

كلمة منها بالتنميل اللطيف يسري في جسمك كله .

الوجه والرأس :

تنفسك بطيء . . ومع كل نفس تشعر بأن الجسم كله تقريبا مسترخ وثقيل . . الاسترخاء يسيطر على كل منطقة وكل عضلة في الجبهة . . والعين والحواجب والرأس . . والفكين والسلسلة الظهرية والبطن . . والمعدة . والأطراف . . والأصابع . . والساقين . . والفخذين . . كل شيء مسترخ . . ومسترخ بعمق . . وبعمق أكثر وأكثر .

وكلما ترخي وجهك . . أعمق . . وأعمق . . يسري الهدوء وتسري السكينة هنا وهناك . . كل الجسم . . يشعر بالثقل . . والسكينة .

وأنت شبه نائم . . في حالة أشبه بحالة النائم . . إن لم تكن نائما بالفعل .

إنك نائم أو كالنائم . . عيناك مغمضتان والسكينة والأمان من حولك .

وتسمع صوتي . . ولا تسمع غير صوتي ينتقل بك من استرخاء عميق . . إلى استرخاء أعمق وأعمق . . وأعمق .

ولا يوجد من حولك الآن إلا ظلام . . معه السكينة . . ضغط الدم . . وأعباء الحياة جميعها تتقلص ولا وجود لها . .

لا تفكير خارجيا . . في هذه اللحظات ، ولا هموم أو مشغوليات . . الحياة تسير سيرها الطبيعي . . ومن الأحسن أن يدعوها تسير سيرها الطبيعي دون تعقيدات أو هموم .

الفكان والشفتان مرتخية ومنفرجة .

الأسنان والفم منفرجان قليلا وكأن ابتسامة خفيفة ترتسم عليهما . .

الرقبة والزور مسترخان

فكر في جسمك وابلع ريقك إن أحببت. . واشعر بالاسترخاء. . إن كنت الآن تفكــر في أي شيء آخــر غير جسمك. . فمــن الأحسن أن تعــود بكل أفكارك وتركيزك إلى الجسم. .

جبهتك الآن مسترخيــة. . كل وجهك مسترخ. . عينــاك مسترخيتــان ومسبلتــان أو مغمضتان إن لم تكـونـا مغمضتين من قبل. . فمك مسترخ. . وشفتــاك منفـرجتان. . رقبتك مسترخيــة. . الـزور مسترخ ونـائم في عمق. . وعمق، كتفاك مسترخيتان أكثر وأكثر. . ثقيلتان

مفاصل الـذراعين، والرسغ. . واليد. . والأصابع جميعهـا مسترخية أكثر وأكثر. .

الصدر وما يحيط به مسترخ

البطن والمعدة

قدماك دافئتان.

وأنت بكـاملك مسترخ. . وكأنك نـائم بعد عنـاء يـوم طويل وشـاق. . وجهد وعمل.

كل الجسم نـائم. . لكنك تحس بالأشيـاء التي تدور من حـولك. . وإن كنت لا تعيرها أي اهتمام.

لا اهتمام بشيء إلا بصوتي

ولا تفكير في شيء غير جسمك

ولا استجابة لشيء إلا لصوتي. . وهو ينقلك من هدوء إلى هدوء أعمق. .

إلى السكينة

والراحة

والهدوء

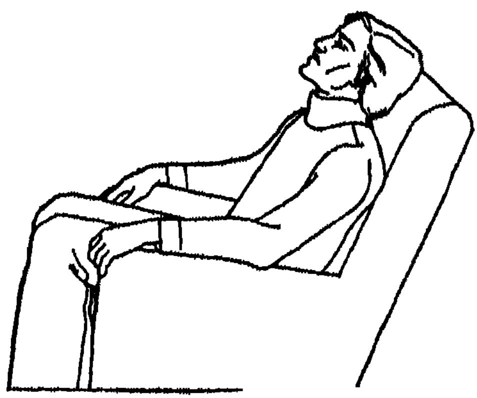
والتخفف من كل أعباء الحياة حتي ولو للحظات

استمر في ذلك ما أحببت . .

أما إن شئت أن توقظ نفسك فما عليك إلا أن تعد من ١ إلى ٥ . وعندما تصل إلى ٥ تفتح عينيك وتتثاءب إذا أردت . إنك تشعر بإحساس هادىء يتملك جسمك كله . . إحساس خال من القلق والتوتر تماما مع إحساس بالقوة والنشاط والحيوية .

وقد تريد أن تجعل من هذا الإحساس بالقوة الهادئة أسلوبا لك في الحياة بعد ذلك .

نعم القوة الهادئة .



شكل رقم ٢٤ : شخص في حالة من الاسترخاء العميق . لاحظ الجلسة السلبية والعين المسبلة . . واختفاء التوترات والتقلصات في الوجه واليدين . لاحظ أيضا أن الساقين منثنيتان انثناء خفيفا وغير معقودتين . . مما يزيد من عملية الاسترخاء في المنطقة السفلى من الجسم .

ملحق (٢)

برنامج عام للعلاج بطريقة التعليم الملطف والمساندة الوجدانية

الهدف من البرنامج :

الهدف من أي برنامج لهذا النوع من العلاج هو خلق بيئة اجتماعية مُتقبلة للطفل وذلك بالعمل على :

١ ـ زيادة الرابطة الوجدانية وتوثيق علاقات الطفل الاجتماعية ببيئته الاجتماعية في داخل المنزل أو المدرسة أو المؤسسة .

٢ ـ التقليل من العوامل أو المثيرات المنفرة التي من شأنها أن تؤذن بظهور السلوك المضطرب أو تطوره .

٣ ـ تحسين التفاعلات الإيجابية والاتصال بالطفل مما يمنح الأبوين والقائمين على رعاية الطفل قدرة أكبر ـ فيما بعد ـ على معالجة اضطراباته والتنبؤ بها بما في ذلك ثوراته الانفعالية ، والتعارك ، وتحطيم الأثاث ، والقصب والحنق . . إلخ . ومن المتوقع أنه كلما تحققت الأهداف السابقة بدأت الرابطة الوجدانية بالطفل تقوى ، وكلما قويت هذه الرابطة تزايد فهم الطفل لبيئته ، وبالتالي يبدأ سلوكه المضطرب في التناقص والتضاؤل التدريجي .

عناصر الخطة العلاجية :

أ ـ زيادة السلوك الإيجابي

١ ـ تدعيم أي سلوك آخر عدا السلوك المضطرب :

يقوم العاملون أو القائمون على رعاية الطفل وفق هذا العنصر بالعمل ـ قصدا وعمدا ـ على خلق مواقف للتفاعل والاحتكاك الاجتماعي بالطفل لعدد يتراوح بين مرتين إلى أربع مرات في الساعة لمدة تتراوح بين ١٥ : ٣٠ ثانية في كل منها. ويكون هدف هذا التفاعل تدعيم ومكافأة أي سلوك آخر يقوم به الطفل يكون مختلفا عن السلوك المضطرب. ويأخذ التفاعل أشكالا بسيطة كالابتسام والتحية والتربيت والسؤال عن الأحوال وتبادل الأحاديث الودية، والحوار والفكاهة . . إلخ.

٢ ـ تدعيم أي سلوك بديل أو مناقض :

يطلب العاملون أو القائمون على رعاية الطفل أن يقوم الطفل بمعاونتهم في نشاط معين يتسم بالتعاون، أو المشاركة في إنجاز عمل معين يحتاج تنفيذه إلى فترة تتراوح بين دقيقتين إلى خمس دقائق (انظر أمثلة لهذه النشاطات في قائمة النشاطات المرصودة في نهاية الخطة). ومن المطلوب أن يتم ذلك عددا من المرات خلال اليوم الدراسي أو خلال فترات الاحتكاك التي كان السلوك المضطرب يتزايد خلالها. ويوصى بأن يتم ذلك مرة كل ساعة على الأقل. كن خلاقا في ابتكار نشاطات قصيرة وملائمة لظروف الطفل وبيئته. لاحظ أن الهدف هنا هو تدعيم أنواع السلوك البديلة للسلوك المضطرب إذ لا يمكن أن يكون الطفل مضطربا ومتعاونا في الوقت نفسه. فالمشاركة نقيض للسلوك التدميري أو السلوك غير اللائق الذي يثير الشكوى.

٣ـ جدولة النشاط الدراسي :

تعـاون مع الطفل في وضع جـدول، بحيث يشمل على الأقل سـاعتين للدراسة بما في ذلك إعـداد الواجبات المنزلية والإعداد للـدرس المقبل ومراجعة المعلومات السابقـة . . إلخ . يجب أن يتضمن الجدول نشاطات أخرى تتخلل أداء النشاطات الدراسية .

ب ـ التحكم في السلوك اللاتوافقي

٤ ـ التدخل والمقاطعة : Interruption

عند ظهور السلوك غير المرغوب فيـه (التحطيم والتمزيق والتهديد والحركة الـزائدة وإيقاع الأذى بـالنفس) لا تترك الطفل أو تتفـرج عليه. بل حـاول أن تتـدخل لإيقاف هـذا السلوك بأقل قـدر ممكن من التهديـد والإثارة. وهنـاك أساليب للتدخل والمقاطعة للسلوك غير المرغوب فيه تكون أحيانا بهدف حفظ مـاء وجـه الطفل وإعطائه فـرصـة للتراجع وتعـديل السلـوك الخاطىء. ومن أسـاليب التدخل أن تطلب منـه أن يقوم بعمل مـا أو يتعاون معك في نشـاط معين مع التدخـل الناجح باستخـدام المدعِّمات للخروج بـالطفل من المواقف الانفعاليـة المحتدمة، ومنها الحث البـدني والتربيت مع توجيه انتباهـه لنشاط آخر أو تشجيعـه على الاستمرار في نشـاط إيجابي سابق. والتـدخل الناجح في هـذه المواقف الانفعـاليـة المحتـدمة هـو التـدخل الـذي لا يـؤدي إلى تفـاقم المشكلة، والـذي يساعـد على الاستمرار في النشـاط الإيجابي (الدراسـة مثلا) وليس على توقفه أو إلغائه .

٥ ـ التوجيه لنشاط بديل : Redirection

الهدف من هذا الأسلـوب توجيـه الطفل لنشاطات أو استجابات بـديلة

(افعل هــذا بــدلا من ذاك). وعنــدمـا يتـم ذلك بنجــاح يفهم الطفل أن الاستجابـات السابقـة التي سبق إيقافها والتـدخل فيها لم تعـد مجدية أو مثيرة للانتباه. ويجب أن يستخدم هذا الأسلوب بتلاحم شديد مع أسلوب التدخل والمقـاطعة. . أي أن التـوجيـه لنشاط بـديل يتم أثنـاء مقـاطعة السلـوك غير التكيفي. ويحسن أن يتـم ذلك بصمت دون كثير من الجدل والنقـــاش ومن خلال الحث البدني، والإيماءات، مع الاستمرار في التواصل والحوار.

٦ ـ التجاهل Ignoring

الهدف من التجـاهل في خطط التعليم الملطف إطفـاء الاستجـابـات غير المرغوب فيها بتجاهلها. وفي مثل هـذه الأحوال من المطلوب أن تتصرف كما لو كانت الاستجـابة غير المرغـوب فيها لم تحدث. تجنب خـلال ذلك التفرج على الطفل أو الاتصـال البصري بـه، وقلل بقـدر الإمكـان من الاحتكـاك البـدني (كاللمس أو التربيت). قلل أيضا من فرص القرب الجسمي، أي حافظ على مسافة بعيـدة إلا إذا كان قربك منه ضروريا ومفـروضا. إذا كان من الضروري أن تتدخل أو تستجيب فـاجعل ذلك يحدث باقتضـاب وبأقل قدر ممكن من الجدل.

٧ ـ دعِّم وكافىء: Reward

بعد التدخل في إيقـاف السلوك المضطرب وتوجيـه الطفل لنشاط بديل أو جديـد، دعِّم استمراره في هذا النشاط مـن خلال مشاركته والتعـاون معه. . والانتقال به من نشاط إلى نشاط آخر حتى تتلاشى الاستجابات المرضية. وإذا كـان من الصعب الانتقال بـالطفل إلى النشاط البـديل الذي يـرتبط بالمكـافأة والتدعيم، فحاول أن تـركز على أي سلوك يصدر عن الطفل ويجعله مـوضوعا للمكافأة. بعبارة أخرى، . إذا لم تحدث المواقف المؤديـة إلى المكافأة. . فاجعل

المكافأة والتدعيم ممكنين بتوجيهها لأي نشـاط أو سلوك آخر لائق يصدر عن الطفل. وتعطي قائمة النشاطـات التالية نماذج لأنشطة يمكن تشجيع الطفل على أدائها ثم مكافأته عندما يفعل ذلك.

قائمة بالنشاطات (أمثلة):

أ ـ نشاطات اجتماعية: التحية باليد، الرد على التليفون، رعاية حيوان أو طفل آخر، المرافقة في تناول الطعام، حديث انفرادي، التنزه بصحبته.

ب ـ نشاطات ترفيهية: ركـوب دراجة، الذهاب للمراجيح، الجري، ألعاب رياضيـة أخرى كالسبـاحة أو كرة القدم، قـراءة مجلة أو كتاب، مشـاهدة تليفزيون، الذهاب للسينما، التسوق، مناقشة اجتماعية أو مناظرة.

جـ ـ نشاطات منزلية: تنظيم الحجرة، تغليف الكتب أو الكراسات، الإسهام في تنظيف أدوات المطبخ، الإسهـام في إعـداد المائدة، الإسهام في إعـداد ميزانية المنزل.

فهرس تفصيلي
المفاهيم الرئيسية التي وردت
في الكتاب مع التعريف بها

إبعاد مؤقت Time out :

طريقة علاجية يتم من خلالها إبعاد الطفل في مكان أقل تدعيما بهدف إيقافه عن الاستمرار في أي سلوك فيه خطر على الآخرين ـ كالعدوان والتدمير ـ أو على النفس. وعادة مايستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح بين دقيقتين إلى عشر دقائق بحسب عمر الطفل. ومن الأمثلة على ذلك إبعاد الطفل في مكان ناءٍ بالمنزل لمدة ثلاث دقائق مثلا عندما يبدأ بالدخول في سلوك عدواني كتحطيم الأثاث أو الاعتداء على أحد أفراد الأسرة.

اكتئاب Depression :

يأتي الاكتئاب في شكل اضطراب عصابي، أو ذهاني. وتتمثل الخواص الرئيسية للاكتئاب العصابي في الميل إلى الحزن وفقدان الشهية، والتشاؤم، والتأنيب المستمر للنفس. ويسمى أحيانا اكتئابا استجابيا Reactive Depression لأنه عادة ما ينشأ نتيجة استجابة لفقدان موضوع (شخص، مكان، مركز اجتماعي) أو نتيجة فشل في أداء عمل أو مهنة أو انقطاع علاقة اجتماعية وثيقة. أما الاكتئاب الذهاني فهو درجة شديدة من الاكتئاب، ومصادره الخارجية غير محددة. وقد تنتهي حالات بعض المصابين به بمحاولة الانتحار أو الانتحار الفعلي. وتصحبه اضطرابات عقلية وإدراكية كالهلاوس والهواجس.

اختبار المصفوفات المتتابعة Progressive Matrices :

واحد من أشهر اختبارات الذكاء، ويمتاز بتحرره النسبي من التأثيرات الحضارية والثقافية. من وضع «رافين» (Raven, 1960).

أخصائي (خبير نفسي) Psychologist :

عالم نفسي أو ممارس للتقييم العقلي والنفسي وللعلاجات النفسية المشتقة

من بحوث علم النفس. عـادة مايكون حاصلا على الـدكتوراه في علم النفس مع التدريب العملي والممارسـة المهنية لمدة أربعة أعوام على الأقل بعـد الحصول على بكالوريوس في علم النفس والعلوم السلوكية.

استجابة شرطية Conditioned response :

أي الاستجابة لمنبه أمكن اكتسابها بطريق التعلم، أي الاستجابات التي لا يكون مصدرها الأفعال المنعكسة.

استرخاء Relaxation :

طـريقـة من العـلاج يتم بمقتضـاهـا تـدريب الشخص على إيقـاف كل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر والقلق.

استهجان اجتماعي Social disapproval

أن تبين للمريض (أو للطفـل المشكل) بصوت ثابت وقـاطع (ولكن ليس صارما)، أنـه قد ارتكب خطأ بتصرفه هذا، أو أن سلـوكه غير مقبول. ويحذر علماء العلاج السلوكي من الإسراف في استخدام هذا الأسلوب، خاصة إذا ما استمر السلوك المستهجن. لأن الإسراف في استخـدامه يثير صراعات ويؤدي إلى تبادل للاتهامات بين الطفل وبين الشخـص الذي يستهجن هذا السلوك، ويؤدي هذا بدوره إلى تزايد أنواع السلوك غير المرغوب فيها أو تفاقمها.

أسلوب معرفي Cognitive Style :

يستخـدم هذا المصطلح في العـلاج السلوكي المعـرفي للإشـارة إلى طريقـة تفكير الشخص وما يحمله عن نفسه أو عن العالم من آراء أو اتجاهات. ويرى المعـالجون أن الاضطـراب النفسي يلتحم بقـوة بأسلـوب التفكير. ومن أهم الأساليب المعرفيـة التي ترتبط بالاضطراب وسوء التوافق: المبـالغة والتهويل،

الأسلوب الكوارثي (توقع الكوارث والمصائب)، الاتجاهات الكمالية المطلقة. . إلخ. ويعتبر «ألبرت إليس» Ellis و«بيك» Beck من الولايات المتحدة أهم من أسهموا في تطوير هذا الاتجاه.

تعويقات النمو العقلي Developmental Disabilities :

(انظر تخلف عقلي).

اقتداء Modeling :

تعلُّم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدي هذا السلوك (انظر كذلك تعلُّم اجتماعي).

اقتصاد رمزي Token Economy :

أسلوب من العلاج السلوكي تطور بتأثير من نظريات «سكينر» ضمن التعلم الإجرائي، ويعتمد على تقديم مدعِّم رمزي Token إثر ظهور السلوك المرغوب فيه. بعبارة أخرى فهو يقوم على نفس مبدأ التدعيم الإيجابي للسلوك المرغوب فيه. ويتم إجرائيا باستخدام وسائط تدعيمية (فيشات، نجوم لاصقة، قطع معدنية) تُعطى للشخص إثر قيامه بالسلوك المرغوب فيه. وتسمى هذه الوسائط مدعِّمات ثانوية لأنه لا قيمة لها في حد ذاتها. وتحول بعد ذلك إلى مدعِّمات أولية كالطعام، أو المشروبات أو أي نشاط ترفيهي. ويساعد أسلوب الاقتصاد الرمزي على حل مشكلة التدعيم الفوري. فعندما لا يتوافر التدعيم الإيجابي (كالمكافأة المادية أو المعنوية التي نعد بها الطفل) يمكن أن نمنحه بدلا من ذلك فيشة أو نجمة لاصقة على كراسة خاصة للمكافآت، حتى يمكن استبدالها بعد ذلك، وفي وقت ملائم، بمكافأة أو تدعيم أولي. ومن الأمثلة على ذلك أن نضع للطفل نجمة لاصقة كل ١٥

دقيقة يقضيها في أداء عمله المدرسي. وفي نهاية اليوم نجمع هذه النجوم ونعطي للطفل في مقابل كل نجمة مكافأة مادية أو معنوية متفقا عليها.

انفعال Emotion:

من أنواع السلوك المتعلقة بالمشاعر والأحاسيس والاستجابات الوجدانية والمزاجية. ومنه الانفعالي Emotional أي الشخص الذي يغلب عليه التصرف باندفاع ودون روية.

انطفاء Extinction:

حجب مدعِّم عند ظهور سلوك غير مرغوب فيه، كالتجاهل عندما يلجأ الطفل إلى سلوك غير مرغوب فيه. وهناك أشكال كثيرة من السلوك غير المرغوب فيه والعادات السيئة يمكن أن تتوقف بتجاهلها.

بوليميا Bulimia:

اضطراب بدني نفسي يطلق على الشخص عندما يسرف في تناول الطعام ثم يلجأ بعد ذلك للتخلص منه بالتقيؤ القصدي أو باستخدام العقاقير المسهلة.

استعادة تلقائية Spontaneous Recovery:

عودة السلوك للظهور من جديد بعد توقفه أو انطفائه.

تخطيط البيئة Environment planning:

طريقة من طرق العلاج يقصد بها التحكم في الشروط الخارجية وتكييفها بطريقة فعالة بحيث إما أن تسمح لأنواع السلوك الإيجابية المرغوب فيها بالظهور، أو أن تعمل على تجنب المواقف التي يرتبط ظهورها بظهور السلوك

غـــير المرغـوب فيه. ويستخدم هـذا المصطلح كمرادف لمفهـوم ضبط البيئة Environment Control.

تخلف عقلي Mental Retardation:

حالـة تتميز بمستوى عقلي وظيفي عام دون المتـوسط، يبدأ خلال مـرحلة النمـو، ويصـاحبـه قصـور في السلـوك التكيفي للفـرد. ويعتمـد تشخيص التخلف العقلي على استخدام اختبارات الذكاء المقننة.

تدريج القلق Anxiety Hierarchy:

الترتيب التصـاعـدي للحـوادث أو المواقف المثيرة للقلق أو الخوف بهدف تعريض الشخص لها حتى يعتادها (انظـر كذلك: تقليل الحساسية أو التبليد الحسي).

تمرُّن سالب Negative Practice:

أداء سلوك غير تكيفي بطريقة مستمرة حتى يتم التوقف عنه. ومن الأمثلة على ذلك أن نطلب من الطفل أن يستمر لمدة سـاعة على الأقل في تمزيق كمية من المجلات والجرائد القديمة إثر قيامه بتمزيق كتبه.

تدعيم Reinforcement:

أي حدث أو شيء يحدث أو يقدم بعد ظهور السلـوك أو نتيجة له ويؤدي إلى زيادة في تكرار ذلك السلوك أو حدته أو مدة حدوثه.

تدعيم إيجابي Positive Reinforcement:

هو تقديم مـدعِّم إيجابي (مادي أو اجتماعي) يتبع سلوكـا معينا ويؤدي إلى تـزايد في شيـوع هـذا السلوك مستقبـلا. ومن الأمثلـة على ذلك القيام بشكـر

الطفل ومكافأته وتقريظه عندما يصدر منه سلوك نعتبره إيجابيا كالتعاون، أو التفاعل الإيجابي أو أداء واجباته . . إلخ .

تدعيم جزئي (متقطع) Partial Reinforcement :

هو تقديم المدعِّم بين الحين والآخر عند ظهور السلوك وليس في كل مرة يظهر فيها ذلك السلوك. ويلاحظ أن نسبة كبيرة من السلوك تتكون بفعل التدعيم المتقطع. وتشير التجارب إلى أن الاستجابات التي يتم اكتسابها بطريقة التدعيم المتقطع تكون أكثر استمرارا ومقاومة للانطفاء من تلك التي اكتسبت بفعل التدعيم المستمر (انظر كذلك تدعيم مستمر).

تدعيم سالب Negative Reinforcement :

تأثير التدعيم السالب في السلوك مثل تأثير التدعيم الإيجابي إلا أن الفرق هو أن الذي يحدث في التدعيم السالب هو إنهاء أو إيقاف حدث أو فعل مستمر بعد السلوك أو نتيجة له فيزداد شيوع هذا السلوك تبعا لذلك، بينما الذي يحدث في التدعيم الإيجابي هو تقديم أو حدوث فعل أو شيء بعد السلوك أو نتيجة له فيزداد شيوع السلوك وتكراره نتيجة لذلك. ومن الأمثلة على ذلك التوقف عن إصدار صوت منفر (كصوت جرس) أو انتقاد الأم عندما يعود الطفل إلى عمله وإنهاء واجباته.

تدعيم عفوي Accidental Reinforcement :

هو الحدث الذي يحدث صدفة بعد السلوك وليس نتيجة طبيعية أو مخططة له. ويؤدي إلى زيادة شيوع ذلك السلوك. وقد استخدم «سكينر» هذا المصطلح لتفسير تكوُّن السلوك الخرافي في تجربة قدّم فيها المدعِّم لحمام كل عدة ثوان فوجد أن السلوك الذي يحدث قبل ذلك المدعِّم يزيد تكراره بالرغم من

أن العلاقـة بين السلوك والمدعِّم أتت بـالصدفة . ويعتبر الانتبـاه غير المقصود للطفل عندما يصدر منه سلوك غير مرغوب فيه مدعِّما لهذا السلوك ولاستمراره بعد ذلك بالرغم من عدم استمرار التدعيم .

تدعيم فارق لسلوك الآخر :

:Differential Reinforcement Of Other Behavior (DRO)

مـوقف يتم خـلالـه تـدعيم أي سلـوك فيما عدا سلـوك واحـد (السلـوك المضطرب) . ويقـدم المدعِّم بهذه الطريقـة كل فترة تمر لا يحدث فيهـا السلوك المراد إيقـافه . ويعنـي هذا أن حـدوث السلـوك المراد إيقافـه يـؤدي إلى تأخير حـدوث المدعـم لفترة محددة . ويـؤدي هذا النـوع من التـدعيم إلى تنـاقص في السلـوك المراد إيقافـه وتزايـد في شيوع أي سلـوك آخر. ومن الأمثلـة على ذلك تقـديم المدعـم لطفل اعتاد إيـذاء نفسه مثـلا عند إتيـانه أي سلـوك آخر عـدا السلوك المؤذي .

تدعيم فارق لسلوك مناقض للسلوك غير المرغوب فيه :

Differential Reinforcement OIncompatible Behavior (DRL)

تقـديم مـدعِّم إيجابي إثر ظهـور سلـوك ينـاقض أو يتعارض حـدوثـه مع حـدوث السلوك المراد إيقـافـه ، وبهذا يتم تدعيـم السلوك الـذي لا يمكن أن يوجد مع ظهور السلوك المضطرب ، فإذا كـان هناك طفل مثلا يقوم باستخدام يديه في سلوك غير مرغوب فيـه كنتف شعره أو خربشة وجهه أو ضرب رأسه ، فإن تدعيم وتشجيع أي سلوك يستخدم من خلاله يديه في نشاط آخر مرغوب فيـه ، مثل تـرتيـب لعبـه أو تكـوين صـورة أو ركـوب دراجـة ، ويمنعـه من استخدامهما في إيذاء الذات يعتبر مثالا جيدا على هذا النوع من التدعيم .

تدعيم مستمر Continuous Reinforcement :

تقديم مدعِّم إثر كل مرة يحدث فيها سلوك معين ، كأن تمنح الطفل قطعة حلوى إثر كل مرة يستجيب فيها لطلب معين أو عندما يؤدي استجابة معينة .

تشبُّع بالمنبه Stimulus Satiation :

العملية التي يتم من خلالها التقليل من فاعلية منبه تدعيمي بالعمل على الإكثار من هذا المنبه أو المدعِّم حتى يفقد خاصيته التدعيمية . ومن الأمثلة على ذلك إعطاء الطفل كميات كبيرة من الأقلام أو المحايات في كل مرة يستولي على أو يسرق إحداها من إخوته أو زملائه . ورغم الصعوبات المنهجية في استخدام هذا الأسلوب فإنه يستخدم كطريقة علاجية في حالة ظهور استجابات غير مرغوب فيها كسرقة أشياء تافهة ، أو الرغبة في تجميع بعض الأشياء ، فالتشبع بالمنبه طريقة لتجريد مدعم سابق من قيمته التدعيمية .

تشريط Conditioning :

عملية من التعلُّم القائم على الاقتران أو الربط بين منبه واستجابة (انظر استجابة شرطية ، منبه شرطي) .

تشكيل Shaping :

عملية تدريبية علاجية تعتمد على تعليم الطفل أداء سلوك جديد مركب كالاستحمام أو تعلُّم اللغة أو القراءة ، وذلك بتقسيم هذا السلوك المركب إلى أجزاء أو خطوات صغيرة متتابعة يمكنه اكتسابها ، ثم تقديم المدعِّم إثر أدائه كل خطوة تقربه من تعلُّم السلوك الكلي . وعادة مايتم التشكيل بتقسيم السلوك الجديد إلى خطوات أو استجابات أصغر يشجع الطفل على إتقانها .

الإفراط في التصحيح Over Correction :

إحدى الوسائل العقابية المستخدمة في تعديل السلوك. والهدف منها تدريب الطفل على السلوك الملائم من خلال تصحيحه أخطاءه حتى يصل لمستوى الإجابة الملائمة. من الأمثلة على ذلك ما يستخدمه المشرفون على دور الرعاية عندما يطلبون من الطفل الذي يتبول في مكان غير ملائم أن ينظف بقعة التبول وكل المساحة التي تم فيها ذلك. ويمارس المدرسون هذا الأسلوب عندما يطلبون من الطفل الذي أخطأ في كتابة كلمة معينة أن يكتبها ٥٠ مرة مثلا.

تعلُّم اجتماعي Social Learning :

النظرية التي تؤكد أهمية العوامل الاجتماعية في التعلم بما فيها القدوة وملاحظة الآخرين، أو ملاحظة النماذج السلوكية في البيئة. ويتضمن التعلم الاجتماعي دراسة الدور الذي تلعبه أساليب التنشئة والتطبيع الاجتماعي للطفل.

التعلُّم الفعَّال (الإجرائي) Operant Learning :

نظرية في التعلم دعا لها وطورها العالم الأمريكي المعروف «سكينر» Skinner وتثبت أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية كالتدعيم أو سالبة كالعقاب (التعلم بالعاقبة مرادف لهذا المصطلح).

تعلم معرفي Cognitive Learning :

التعلُّم من خلال التفكير في المواقف بتحليلها وإدراكها، وتفسيرها.

تعلم بالمساندة الوجدانية: (انظر علاج ملطف).

تعويد Habituation:

أسلوب علاجي يتـم من خلاله التغلب على الحساسيـة المفرطة تجاه بعض الموضوعـات المثيرة للخوف والقلق بتعريض الطفل المستمر لها بـدلا من تجنبها والهروب منها .

تفكير كوارثي Catastrophic Thinking :

أسلـوب أو طريقـة غير عقـلانية في التفكير، يفسر الفـرد من خـلالها كل الأمور البسيطة على أنها كارثة أو مصيبة مع تـوقع نتائج فظيعة من مقدمات لا تشير بالضرورة إلى ذلك .

تقليل الحساسية (تبلُّد حسي) Desensitization:

تقليل الاستجابات الانفعالية الحادة كالقلـق والخوف تدريجيا عند مواجهة المواقف المثيرة بالانفعال (انظر كذلك تدريج القلق) .

تكاليف الاستجابة Response Cost :

إيقاف بعض المدعِّمات أو فـرض غرامـة عندما يظهـر سلوك غير مـرغوب فيه ، مثل منع الطفل من مشـاهدة التليفزيـون لمدة (نصف ساعة) إثـر ظهور سلوك غير مرغوب فيه .

التلاشي Fading:

الإقـلال التـدريجي من التـدعيم بعـد اكتسـاب السلـوك المرغـوب فيـه . والتـدرج في التوقف عن مسـاعـدة الطفل وفي سحب التـدعيم عندمـا يصل لمرحلة إتقان أداء سلـوك معين ، يعتبر مثالا جيدا على هذا الأسلـوب . كذلك يعتبر التقليل التدريجي من الشروط المؤديـة لظهور سلوك معين مثـالا آخر على التلاشي .

التنفير (كأسلوب علاجي) Aversion :

أسلوب علاجي يقوم على قرن منبه منفر أو منبه مؤلم وغير سار بسلوك غير مرغوب فيه ويؤدي إلى انطفاء هذا السلوك وانقراضه. ويستخدم عادة في علاج حالات الإدمان والشذوذ الجنسي، والإفراط في تناول الأطعمة.

توكيدية (تأكيد الذات) Assertiveness :

طريقة من طرق تدريب المهارات الاجتماعية وتستخدم في حالات علاج القلق الاجتماعي وذلك بتدريب الطفل على التعامل بحرية مع انفعالاته الإيجابية والسلبية. ومن الثابت أن التدريب على حرية التعبير الانفعالي يعتبر سلوكا مناقضا للقلق، إذ لا يمكن أن يكون الشخص قادرا على التعبير عن أي انفعال آخر عندما يكون القلق هو الانفعال الوحيد الغالب على الشخص في تعامله مع مواقف الحياة الاجتماعية المختلفة.

الجهاز العصبي التلقائي Autonomic Nervous System :

الجهاز العصبي الذي يتولى عملية الضبط للوظائف الآلية الفسيولوجية كالتنفس، ودقات القلب، ونشاط المعدة، وإفرازات الغدد... إلخ.

خبير نفسي Psychologist :

(انظر أخصائي نفسي)

حد الشيوع (الخط القاعدي) Baseline :

كمية شيوع سلوك معين قبل التدخل في إيقافه أو علاجه.

حوارات مع النفس Monolog :

(انظر مونولوج)

ذهان Psychosis :

اضطراب شديد يصيب وظائف التفكير والانفعال والسلوك الاجتماعي، مما يؤدي إلى فقدان صلة المريض بواقعه في الحالات الشديدة من الذهان، ويحتاج المريض بسببه إلى العناية في مصحة أو مستشفى للصحة العقلية خاصة إذا اشتد هذا الاضطراب لدرجة تجعل المريض خطرا على نفسه، أو خطرا على الآخرين أو عاجزا عن قضاء حاجاته الحيوية (انظر كذلك فصام. اكتئاب).

سلوك Behavior :

أي نشاط يصدر عن الكائن سواء كان أفعالا يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الفسيولوجية والحركية، أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كالتفكير والتذكر والإبداع . . إلخ.

سلوك محوري Target Behavior :

أنواع الاستجابات أو السلوكيات التي يهدف المعالج إلى إيقافها أو تقويتها. وعادة مايكون السلوك المحوري هو السلوك الذي لا يستريح له الفرد، أو يؤدي إلى نتائج سلبية للآخرين أو لكليهما: الفرد نفسه والآخرين.

سوابق السلوك Antecedents :

الأفعال أو المؤشرات التي تحدث قبل ظهور السلوك غير المرغوب فيه أو تنبىء بحدوثه أو تساعد على ظهور الاستجابة المضطربة (انظر اللواحق السلوكية).

صندوق سكينر Skinner Box :

الجهاز الذي استخدمه «سكينر» لدراسة سلوك الحيوانات عندما تتعلم

سلوكا فعالا

(انظر تعلم فعال).

التحكم بالبيئة Environment Control:

(انظر تخطيط البيئة).

تحكُّم المنبه Stimulus Control:

تحكُّم المنبهات أو المواقف الخارجية في حدوث السلوك أو توقفه. ويمكن استخدام المنبه الذي له هذه السمة للتحكم بالسلوك المرغوب فيه أو بتوقف السلوك غير المرغوب فيه.

ويكتسب المنبه هذا سمة التحكم بسلوك ما عندما يصبح مؤشرا قويا لنتيجة ذلك السلوك.

طبيب نفسي Psychiatrist:

الطبيب الذي يتخصص في دراسة وعلاج الأمراض النفسية والعقلية باستخدام الوسائل العضوية والطبية.

عائد بيولوجي (مردود حيوي) Biofeedback:

مراقبة عمل أعضاء الجسم ووظائفه (كضغط الدم، أو نشاط الغدد، أو النشاط الكهربائي للمخ) من خلال المعلومات المعدة لقياس هذه الوظائف كأجهزة قياس ضغط الدم أو أجهزة الرسم الكهربائي للمخ.. إلخ.

عصاب Neurosis:

اضطراب يتميز بسرعة الاستثارة الانفعالية والقلق الشديد والوساوس. وتسيطر على العصابي أحيانا أعراض محددة كالخوف المرضي والاكتئاب.

وعادة مـا يتسم سلوك العصـابي بالتعاسـة، وسيطرة مشـاعر الـذنب، وعدم الفـاعليـة في المواقف الاجتماعيـة. (انظـر كـذلك: عصـاب القلق، القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري، المخاوف المرضيـة (فوبيا)، هيستيريا كأشكال من العصاب).

عصاب القلق Anrxiety Neurosis:

المعاناة المستمرة الدائمة من القلق. (انظر قلق وعصاب).

عقاب Punishment:

منبه مؤلم ومنفر يقدم أو يأتي إثر ظهور السلوك (انظر تكاليف الاستجابة، إبعاد مؤقت، تنفير، تدعيم سلبي).

علاج بالتحليل النفسي Psychoanalytical Therapy:

استخدام المبـادىء النظريـة المشتقة مـن نظريـات «فرويـد» وتلامـذته في التحليل النفسي، وتطبيقها في ميدان علاج الاضطرابات الانفعالية.

علاج بالتنفير Aversion Therapy:

(انظر تنفير).

علاج سلوكي Behavior Therapy:

تعـديل السلـوك المرضي وتغييره مبـاشرة بـاستخـدام النتـائج المشتقـة من نظريات التعلم وعلم النفس التجريبي.

علاج سلوكي ـ معرفي Cognitive-Behavior Therapy:

تعـديل السلـوك والتحكـم في الاضطـرابـات النفسيـة من خـلال تعـديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته (انظر معرفي).

علاج كيميائي Chemo Therapy :

استخدام العقاقير الطبية في علاج الاضطرابات الانفعالية والعقلية .

علاج بالتعليم الملطف Gentle Teaching Therapy :

طريقة جديدة تلقى في الوقت الراهن اهتماما كبيرا في علاج المشكلات السلوكية غير التكيفية خاصة بين الأطفال المتخلفين عقليا بالتركيز أساسا على تكوين رابطة وجدانية ، ومساندة للطفل ، مع التجنب الكلي لأساليب التنفير والعقاب .

علاج معرفي Cognitive Therapy :

مجموعة المدارس العلاجية التي تتفق على تأكيد فكرة أن العلاج الناجح يجب أن يكون مصحوبا بتحسن في طريقة التفكير والإدراك . (انظر علاج سلوكي - معرفي) .

علاج وجودي Existential Therapy :

طريقة من العلاج النفسي المشتقة من الفلسفات الوجودية ، تولي اهتمامها الرئيسي لدور إدراكنا الخاص للبيئة وخبراتنا المباشرة بها (هنا - والآن) .

علاج نفسي Psychotherapy :

علاج بالطرق التقليدية المتأثرة إلى حد كبير بنظرية «فرويد» ، وتعتمد على الحوار بين المعالج والمراجع وتنطوي على فكرة أن عوامل المشكلة داخل الشخص ذاته ومن ثم لا تولي للبيئة السلوكية اهتماما كبيرا .

علم النفس Psychology :

العلم الذي يختص بدراسة السلوك الإنساني والحيواني باستخدام المنهج العلمي .

عالم نفس:

(انظر أخصائي نفسي)

فصام Schizophrenia:

اضطراب ذهاني تصاحبه أعراض تدل على الاضطراب الفكري والانفعالي كالهلاوس البصرية والسمعية، والهواجس، والتناقض الوجداني (انظر ذهاني).

فوبيا (خوف مرضي) Phobia:

خوف مرضي شديد من موضوع محدد أو مواقف لا تستثير بضرورتها الخوف الشديد. ومن أهم المخاوف العصابية الشائعة الخوف من بعض الحيوانات والخوف من الظلام والخوف من المرتفعات.. إلخ. وتتميز الأعراض الإكلينيكية للخوف المرضي بوجود نشاط شديد في الوظيفة الاستثارية من الجهاز العصبي التلقائي. (انظر قلق، عصاب).

قدوة Model:

(انظر تعلم اجتماعي ـ اقتداء).

قلق Anxiety:

توجس أو خوف غير محدد المصدر تصحبه زيادة في النشاط الاستثاري في الجهاز العصبي المركزي. (انظر عصاب القلق).

السلوك القهري Compulsive Behavior:

أفعال متكررة أو طقوس يجد الفرد نفسه مضطرا لممارستها بشكل مستمر كمحاولة للتخفف من القلق (انظر عصاب، وسواس قهري).

كوارثي Catastrophic :

(انظر أسلوب معرفي، في تفكير كوارثي).

لاحق (لواحق) Consequences :

تـوابع السلوك ونتـائجـه (بما فيهـا المكاسب والتـدعيمات) التي تأتي بعـد السلوك.

لعب الأدوار Role playing :

منهج من منـاهج التعلـم الاجتماعي نـدرب بمقتضـاه الشخص على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي إلى أن يتقنها ويكتسب المهارة فيها.

مونولوج أو حوار داخلي Monolog :

يبين «مايكنباوم» Meichenbaum (١٩٧٧) أن حديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن الموقف الـذي يواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب والمرضي مع ذلك الموقف. ولهذا يعتمد المعالج السلوكي المعرفي على محاولة تحديد مضمـون مثل هذا الحديث والعمل على تعديله كخطـوة أساسية في مساعدة المراجع على التغلب على الاضطراب.

مدعِّم أولي Primary Reinforcer :

مثل الطعام والشراب عندما يقدم إثـر القيام بسلوك معين فيؤدي إلى زيادة تكرار ذلك السلوك أو حدته أو طول مدة حدوثه.

مدعِّم ثانوي (شرطي) Secondary (Conditioned) Reinforcer :

مدعِّم لا قيمة له في حد ذاته لكنـه يؤدي إلى تحقيق مدعم أولي كالفيشات والنجوم اللاصقة التي تُعطى للطفل إثر قيامه بسلوك مرغوب فيه.

منبه شرطي Conditioned Stimulus :

منبه محايد يمكن إثارته قصدا من خلال اقترانه بمنبه آخر.

مستويات عليا من التشريط Higher Order Conditioning

عملية يتم من خلالها استبدال سلسلة من المنبهات الشرطية بمنبه شرطي واحد، بحيث إن كل منبه منها يؤدي إلى حدوث الاستجابة الشرطية. (انظر استجابة شرطية).

هرمون Hormone :

عناصر كيميائية تفرزها الغدد بهدف تنظيم وظائف الجسم.

هزال مرضي Anorexia Nervosa :

اضطراب يحدث نتيجة لتوقف المريض تدريجيا عن تناول الأطعمة، فيعتاد الجسم كميات أقل وأقل من الطعام حتى يفقد الشخص وزنه ويصاب بالهزال الشديد.

هلاوس Hallucinations :

اضطرابات تتعلق بالإحساس بأشياء لا يحس بها الآخرون كالهلاوس السمعية Auditory Hallucinations أي سماع أصوات لا يسمعها الآخرون والاستجابة لها، أو الهلاوس البصرية Visual Hallucination أي رؤية أشكال أو حيوانات لا يراها المحيطون بالشخص. وعادة ما يرتبط ظهور الهلاوس بالأمراض العقلية الذهانية ولكن يمكن إثارتها تجريبيا من خلال تعاطي بعض المخدرات أو العقاقير كعقار الـ LSD.

هيستيريا Hysteria :

اضطراب عصـابي تتطور من خـلاله أعراض عضـوية كـالشلل أو فقدان البصر دون أن يكـون لـذلك أسـاس جسمي. وعـادة مـاتكـون الاستجـابـة الهيستيريـة محاولة للهـرب من المشكـلات والمسؤوليـات، ولتحقيق مكـاسب ثانوية كالحصول على العطف والرعاية.

هواجس Delusions :

معتقدات ثابتة لا أساس لها من الصحة.

(انظر ذهان):

وسواس قهري Obsessive Compulsive :

عصاب يتميـز بوجود أفكار حـوارية ثابتـة وأفعال قهرية متكـررة. (انظر عصاب، قهري).

المراجع

مراجع عربية

إبراهيم (عبدالستار). القلق: قيود من الوهم. القاهرة: كتاب الهلال، مايو ١٩٩١.

إبراهيم (عبدالستار). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ، ١٩٨٧.

إبراهيم (عبدالستار). الإنسان وعلم النفس. الكويت: عالم المعرفة. فبراير ١٩٨٥.

إبراهيم (عبدالستار). العلاج النفسي الحديث: قوة للإنسان.

الكويت: عالم المعرفة، ١٩٧٩.

إبراهيم (عبدالستار)، الدخيّل (عبدالعزيز بن عبدالله)، إبراهيم (رضوى). الحاجة لعلاجات وبرامج سلوكية متعددة المحاور للتغلب على مشكلات الطفل المعوق. المؤتمر العالمي الأول للجمعية السعودية الخيرية لرعاية الأطفال المعوقين. الرياض ٧ ـ ١٠ نوفمبر ١٩٩٢.

إبراهيم (عبدالستار)، الدخيّل (عبدالعزيز)، إبراهيم (رضوى). العلاج السلوكي متعدد المحاور، ومشكلات الطفل. مجلة علم النفس (من ص ٦ ـ ٢٥) العدد ٢٦/ ١٩٩٣م.

الدخيل (عبدالعزيز بن عبدالله) سلوك السلوك: مقدمة في أسس التحليل السلوكي ونماذج من تطبيقاته. القاهرة: الخانجي، ١٩٩٠.

الدخيل (عبدالعزيز بن عبدالله). الجذور التاريخية السلوكية، قافلة الزيت. ١٩٩٣.

حجار (محمد حمدي). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ١٩٩٢.

حجار (محمد حمدي). العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل.

الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ١٩٩٠.

REFERENCES مراجع أجنبية

Adesso V.J. (1990). Habit disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

American Psychatric Association. (1987) **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** Third Edition-R. Washington. D.C.: APA.

American Psychological Association. (1988). **Hospital practice: Advocacy issues.** Washington. DC: APA.

Argyle, M. (1973). **Psychology and Social problems**. London: Methuen & Co.

Argyle. M. (1986). Social behaviour. In M. Herbert (Ed), **Psychology for Social Workers** (2nd ed.), London: Methuen.

Bandura, A. (1969). **Principles of behaviour modification.** New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura, A. (1977). **Social learning theory**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Beck, A.T. (1967). **Depression.** New York: Harper.

Beck, A.T. (1971). Cognition, affect and psychopathology. **Arch. Gen. Psychiatry,** 24, 495-500

Beck, A. (1974). Depressive neurosis. In S. Arieti & E. Brody (Eds.), **American handbook of psychiatry** VoL. 3. New York: Basic Books.

Beck. A.T. (1976). **Cognitive therapy and emotional disorders.** New York: International Universities Press.

Beck, A.T. (1987). Congintive therapy. In J.K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy.** New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

Beck, A.T., Brady, J.P., & Quen, J.M. (1977). **The history of depression.** New York: Insight Communication.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression.** New York: Guilford Press.

Beck, A.T. (1987). Cognitive therapy. In J.K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy.** New York: Bruner/Mazel, Inc.

Carr, E.G., & McDowell, J.J. (1987). Social control of self-injurious behaviour of organic etiology. In. C.E. Schaefer, H.L. Millman, S.M. Sichel, & J. R. Zwilling, (Eds.), **Advances in therapies for children.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Craighead, W.E., Kazdin, A.E. & Mahoney, M.J. (1976). **Behaviour**

modification: Principles. issues, and applications. Boston.: Houghton Mifflin.

Daley, M.F. (1979). Reinforcement menue: Finding effective reinforcers. In J.D. Krumboitz & C.E. Thoresen (Eds.) **Behavioural counseling cases and techniques.** New York: Holt, Rinehart & winston.

D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem-Solving and behaviour modification. **Journal of Abnormal Psychology,** 78, 107-126.

Elmers, R., & Aitchison R. (1977). **Effective parents, responsible children.** New York: McGraw Hill.

Ellis, A. (1962). **Reason and emotion in psychotherapy.** New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behaviour therapy (CBT). In J.K. Zeig (Ed.,) **The evolution of psychotherapy.** New York: Bruner/Mazel, Inc.

Ellis, A. (1990). **How to stubbornly refuse to make your self miserable** about anything. New York: Lyle Stuart Book.

Eysenck. H.J. (1979). The conditioning model of neurosis. **Behavioural and Brain Sciences.** 2, 155-166.

Fischer, J., & Nehs, R. (1987). Treatment of swearing behaviour. In C.E. Schaefer, H.L. Millman, S.M., Sichel, & J.R. Zwilling, (Eds.), **Advances in therapies for children.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Foa, E.B., & Wilson, R. (1991). **Stop obsessions: How to overcome your obsessions and compulsions.** New York: Bantam Books.

Frame, C., Matson, J.L., Sonis, W.A., Fiakov, M.J., & Kazdin, A.E. (1987). Social skills-training with a depressed boy. In C.E. Schaefer, H.L. Millman, S.M., Sichel, & J.R. Zwilling, (Eds.), **Advances in therapies for children.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Franks, C.M., & Barbrack, C.R. (1986). Behaviour therapy with adults: an integrative perspective. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S., Bellack (Eds.) **The Clinical psychology handbook,** New York: Pergamon Press.

Freeman, A., & Davis, D.D. (1990). Cognitive therapy of depression. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Giampa, F.L., Walker-Burt, G., & Lamb, D. (1984). **Group homes curriculum, Part III.** Michigan, Lansing: Michigan Department

of Mental Health's Office of Resource Development.
Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (1977). **Clinical behaviour therapy.** New York: Holt, Rinehart & Winston.
Golfried, M.R., & Goldfried, A.P. (1975). Cognitive change methods. In F.H. Kanfer, and A.P. Goldstein (Eds.), **Helping people change.** New York: Pergamon Press.
Gonzales, L., Hays, R.B., Bond, M.A., & Kelly, J.G. (1986). In M. Hersen, A.E. Kazdin, &A.S. Bellack (Eds). **The clinical psychology handbook.** New York: Pergamon Press.
Harris, S.L. (1986). Behaviour therapy with children. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack, (Eds.), **The clinical psychology handbook**. New York: Pergamon Press.
Hawton, K., & Kirk, J. (1991), Problem-solving. In K. Hawton, P.M. Slakovskis, J. Kirk, and D.M. Clark (Eds.), **Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems.** Oxford: Oxford University Press.
Herbert, M. (1987a). **Behavioural treatment of children with problems: A practice manual.** London: Academic Press.
Herbert, M. (1987b). **Conduct disorders of childhood and adolescence: a social learning perspective** Chichester: John Wiley.
Ibrahim, A. & Ibrahim, R (1990). The behavioural non aversive (gentle) teaching approach and its therapeutic applications in severe behavioural problems. I: Techniques and & theoretical foundations. **The Arab Journal of Psychiatry.** 1, No 3, 201-210.
Ibrahim, A., Glick J. & Ibrahim, R. (1991) The behavioural non aversive (gentle) teaching approach and its therapeutic applications in severe behavioural problems. II. An applied case study of severe aggression. **The Arab Journal of Psychiatry.** Vol. 2. No. 1, 44-52.
Ilg, F.L., Ames, L.B., & Baker, S.M. (1981). **Child behaviour: Specific advice on problems of child behaviour**. New York: Harper & Row.
Ingersoll, B. (1988). **Your hyperactive child**. New York: Doubleday.
Ingram, R.E., & Scott, W.D. (1990). Cognitive behaviour therapy. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy** (2nd Ed.), New York: Plenum Press.
Karoly, P. (1975). Operant methods. In F. Kanfer and A.P. Goldstein (Eds.). **Helping people change.** New York: Pergamon.

Kaslow, N.J., & Racusin, G.R. (1990). Childhood depression. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Kazdin, A.E. (1990). conduct disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen. & A.E. Kazdin (Eds.), **International handbook of behaviour modification and therapy.** (2nd Ed.) New York: Plenum Press.

Kendell, P.C., & Bemis, K.M. (1986). Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioural approaches. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack (Eds.) **The clinical psychology handbook** New York: Pergamon Press.

Krasner, L. (1990). History of behaviour modification. In A. S. Bellck, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), **International handbook of behaviour modification and therapy.** (2nd Ed.), New York: Plenum Press.

Lazarus, A.A. (1971). **Behaviour therapy and beyond.** New York: McGraw Hill.

Levis, D.J. (1990). The experimental and theoretical foundations of behaviour modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy.** (2nd Ed.), New York: Plenum Press.

Liberman, R.P., DeRisi, W.J., & Mueser, K.T. (1989). **Social skills training for psychiatric patients.** New York: Pergamon Press.

Lovaas, O.I. (1977). **The autistic child: Language development through behaviour modification.** New York: Irvington.

Madanes, C. (1988) **Strategic family therapy.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Madle, R.A., & Neisworth, J.T. (1990). Mental retardation. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

McGee, J. Menolascino, F.J, Hobbs, D.C., & Menousek, P.E. (1987). **Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation.** New York: Human Sciences Press.

Meichenbaum, D.H. (1969). The effects of instruction and reinforcement on thinking and language behaviour in schizophrenics. **Behaviour Research and Therapy.** 7-101-114.

Meichenbaum, D.H. (1977). **Cognitive-behaviour modification** New York, Plenum Press.

Mischel, W. (1968). **Personality and assessment.** New York: John

Wiley & Sons.
Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality. **American Psychologist** 39, 351-364.
Morrison, R.L. (1990). International dysfunctions. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.
Neisworth, J T., & Smith, R.M. (1973). **Modifying retarded behaviour.** Boston: Houghton Mifflin.
O'Conner, R.D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. **Journal of Applied Behaviour Analysis,** 15-22.
O'Leary, K.D., & Wilson, G.T. (1975). **Behaviour therapy: Application and outcome.** Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, Inc.
Patterson, L., & Harbeck, C. (1990). Medical disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.
Pichot, P. (1989). The historical roots of behaviour therapy. **J of Behaviour Therapy & Exp. Psychology** 0, Pp. 107-114.
Schaefer, C.E., Millman, H.L., Sichel, S., & Zwilling, J.R. (1987).
Advances in therapies for children. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
Schmaling, K.B., Fruzzetti, A.E., & Jacobson, N. (1991). Marital problems. In K. Hawton, P.M. Slakovskis, J. Kirk, and D.M. Clark (Eds.), **Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems.** Oxford: Oxford University Press.
Seligman, M.E.P. (1975) **Helplessness. San Francisco:** W.H. Freeman.
Seligman, M. (1988). 'Me' decades generate depression: individualism erodes commitment to others. **The APA Monitor,** Vol. 19, No. 10.
Skinner, B.F. (1953). **Science and human behaviour.** New York: Macmillan.
Skinner, B.F. (1974). **About behaviourism.** New York: Knopf.
Spiegler, M.D. (1983). **Contemporary behaviour therapy.** Palo, Alto, CA: Mayfield Publishing Company.
Stampfl, T.G., & Levis, D.J. (1976). Implosive therapy: A behavioural therapy. In J.T. Spence, R.C. Carson, & J.W. Thibaut (Eds.) **Behavioural approaches to therapy.** Morristown, NJ:

General Learning Press.
Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. **American Psychologist,** 44, 188-199.
Weiss, R.L., Heyman, R.E. (1990). Marital distress. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behaviour modification and therapy** (2nd Ed.) New York: Plenum Press.
Wolpe, J. (1958). **Psychotherapy by reciprocal inibitiontanford** Stanford University Press.
Wolpe, J. (1973). **The practice of behaviour therapy** (2nd ed.), New York: Pergamon Press.
Wolpe, J. (1987). **The promotion of scientific psychotherapy.** In J.K. Zeig (Ed.), **The evolution of psychotherapy.** New York: Bruner/Mazel, Inc.
Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). **A fear survey schedule for use in behaviour therapy. Behaviour Research and Therapy, 2, 27-30.**
Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). **Behaviour therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis,** New York: Pergamon Press.

المؤلفون في سطور

. د. عبدالستار إبراهيم

* أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي بكلية الطب، جامعة الملك فيصل بالسعودية.
* نشر أكثر من ١٠٠ بحث ومقال في كثير من المجلات العالمية المتخصصة والثقافية في الولايات المتحدة وأوروبا والوطن العربي.
* نشر كثيرا من الكتب الجامعية والثقافية في علم النفس والعلاج النفسي وغيرهما من موضوعات تهم القارىء العام والمتخصص.
* عضو وزميل بكثير من الجمعيات العلمية العالمية في علم النفس والصحة النفسية كالجمعية النفسية الأمريكية APA، وأكاديمية العلوم والفنون والآداب بولاية ميتشيجان، وجمعية الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة الدولية... إلخ.
* حاصل على البورد الأمريكي في الرعاية الصحية والخدمة النفسية.
* حاصل على إجازة الممارسة الإكلينيكية المتخصصة في ولايتي ميتشيجان وكاليفورنيا.
* صدر له من قبل في هذه السلسلة كتابان أحدهما: «العلاج النفسي الحديث: قوة للإنسان» والآخر «الإنسان وعلم النفس».

د. عبدالعزيز بن عبدالله الدخيّل

* قام بعدة مهمات إدارية في جامعة الملك فهد للبترول والمعادن آخرها عمله وكيلا للجامعة للشؤون الأكاديمية.
* حصل على الدكتوراه من جامعة أريزونا في توسان عام ١٩٧٤ في علم النفس العلاجي والتجريبي.
* إلى جانب مانشره وقدمه من أبحاث حول السلوكية، له كتاب حول الموضوع بعنوان

«سلوك السلوك» نشر عام ١٩٩٠ . كما قام مع اثنين من زملائه بترجمة كتاب عملي موجه لمعلمات مرحلة ماقبل المدرسة بعنوان «المرشد العملي» نشره مكتب التربية العربي لدول الخليج عام ١٩٩٣ .

* يقوم الآن بكتابة كتابين الأول بعنوان «إساءة معاملة الأطفال» والثاني بعنوان «التعامل مع الأطفال» وهو موجه للآباء بلغة ميسرة .

* عضو في جمعية التحليل السلوكي الدولية .

د. رضوى إبراهيم

* أستاذ مساعد علم النفس الطبي بقسم الطب النفسي ــ كلية الطب والعلوم الطبية ، جامعة الملك فيصل .

* تُشرف على الخدمات الإكلينيكية للعيادات الخارجية والداخلية بقسم الطب النفسي ، جامعة الملك فيصل .

*حصلت على الماجستير والدكتوراه في علم النفس من جامعة ميتشيجان ومركز فيلدنغ للدراسات العليا بالولايات المتحدة الأمريكية .

* حصلت على كثير من برامج التدريب والتخصص في العلاج النفسي والأسري والتنويم المغناطيسي .

* زاولت وتزاول العلاج النفسي في الولايات المتحدة والسعودية .

* تهتم في الوقت الحالي بممارسة العلاج النفسي والبحث فيه ، خاصة عن دور العوامل الحضارية في تشخيص الأمراض النفسية وعلاجها .

* نشرت وأسهمت في نشر كثير من البحوث المتخصصة في مجلات علم النفس والطب النفسي بالولايات المتحدة والشرق الأوسط .

صدر عن هذه السلسلة

١ـ الحضارة	تأليف : د/ حسين مؤنس	يناير ١٩٧٨
٢ـ اتجاهات الشعر العربي المعاصر	تأليف : د/ إحسان عباس	فبراير ١٩٧٨
٣ـ التفكير العلمي	تأليف : د/ فؤاد زكريا	مارس ١٩٧٨
٤ـ الولايات المتحدة والمشرق العربي	تأليف : / أحمد عبدالرحيم مصطفى	أبريل ١٩٧٨
٥ـ العلم ومشكلات الإنسان المعاصر	تأليف : د/ زهير الكرمي	مايو ١٩٧٨
٦ـ الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها	تأليف : د/ عزت حجازي	يونيو ١٩٧٨
٧ـ الأحلاف والتكتلات في السياسة العالمية	تأليف : / محمد عزيز شكري	يوليو ١٩٧٨
٨ـ تراث الإسلام (الجزء الأول)	ترجمة : د/ زهير السمهوري تحقيق وتعليق : د/ شاكر مصطفى مراجعة : د/ فؤاد زكريا	أغسطس ١٩٧٨
٩ـ أضواء على الدراسات اللغوية المعاصرة	تأليف : د/ نايف خرما	سبتمبر ١٩٧٨
١٠ـ جحا العربي	تأليف : د/ محمد رجب النجار	أكتوبر ١٩٧٨
١١ـ تراث الإسلام (الجزء الثاني)	ترجمة : د/ حسين مؤنس، د/ إحسان العمد مراجعة : د/ فؤاد زكريا	نوفمبر ١٩٧٨
١٢ـ تراث الإسلام (الجزء الثالث)	ترجمة : د. حسين مؤنس، د/ إحسان العمد مراجعة : د/ فؤاد زكريا	ديسمبر ١٩٧٨
١٣ـ الملاحة وعلوم البحار عند العرب	تأليف : د/ أنور عبدالعليم	يناير ١٩٧٩
١٤ـ جمالية الفن العربي	تأليف : د/ عفيف بهنسي	فبراير ١٩٧٩
١٥ـ الإنسان الحائر بين العلم والخرافة	تأليف : د/ عبدالمحسن صالح	مارس ١٩٧٩
١٦ـ النفط والمشكلات المعاصرة للتنمية العربية	تأليف : د/ محمود عبدالفضيل	أبريل ١٩٧٩
١٧ـ الكون والثقوب السوداء	إعداد : رؤوف وصفي مراجعة : زهير الكرمي	مايو ١٩٧٩
١٨ـ الكوميديا والتراجيديا	ترجمة : د/ علي أحمد محمود مراجعة : د/ شوقي السكري، د/ علي الراعي	يونيو ١٩٧٩
١٩ـ المخرج في المسرح المعاصر	تأليف : / سعد أردش	يوليو ١٩٧٩

٢٠ـ التفكير المستقيم والتفكير الأعوج	ترجمة حسن سعيد الكرمي مراجعة : صدقي حطاب	أغسطس ١٩٧٩
٢١ـ مشكلة إنتاج الغذاء في الوطن العربي	تأليف : د/ محمد على الفرا	سبتمبر ١٩٧٩
٢٢ـ البيئة ومشكلاتها	تأليف : رشيد الحمد د/ محمد سعيد صباريني	أكتوبر ١٩٧٩
٢٣ـ الرق	تأليف : د/ عبدالسلام الترمانيني	نوفمبر ١٩٧٩
٢٤ـ الإبداع في الفن والعلم	تأليف : د/ حسن أحمد عيسى	ديسمبر ١٩٧٩
٢٥ـ المسرح في الوطن العربي	تأليف : د/ علي الراعي	يناير ١٩٨٠
٢٦ـ مصر وفلسطين	تأليف : د/ عواطف عبدالرحمن	فبراير ١٩٨٠
٢٧ـ العلاج النفسي الحديث	تأليف : د/ عبدالستار ابراهيم	مارس ١٩٨٠
٢٨ـ أفريقيا في عصر التحول الاجتماعي	ترجمة : شوقي جلال	أبريل ١٩٨٠
٢٩ـ العرب والتحدي	تأليف : د/ محمد عماره	مايو ١٩٨٠
٣٠ـ العدالة والحرية في فجر النهضة العربية الحديثة	تأليف : د/ عزت قرني	يونيو ١٩٨٠
٣١ـ الموشحات الأندلسية	تأليف : د/ محمد زكريا عناني	يوليو ١٩٨٠
٣٢ـ تكنولوجيا السلوك الإنساني	ترجمة : د/ عبدالقادر يوسف مراجعة : د/ رجا الدريني	أغسطس ١٩٨٠
٣٣ـ الإنسان والثروات المعدنية	تأليف : د/ محمد فتحي عوض الله	سبتمبر ١٩٨٠
٣٤ـ قضايا أفريقية	تأليف : د/ محمد عبدالغني سعودي	أكتوبر ١٩٨٠
٣٥ـ تحولات الفكر والسياسة في الشرق العربي (١٩٣٠ـ ١٩٧٠)	تأليف : د/ محمد جابر الأنصاري	نوفمبر ١٩٨٠
٣٦ـ الحب في التراث العربي	تأليف : د/ محمد حسن عبدالله	ديسمبر ١٩٨٠
٣٧ـ المساجد	تأليف : د/ حسين مؤنس	يناير ١٩٨١
٣٨ـ تكنولوجيا الطاقة البديلة	تأليف : د/ سعود يوسف عياش	فبراير ١٩٨١
٣٩ـ ارتقاء الإنسان	ترجمة : د/ موفق شخاشيرو مراجعة : زهير الكرمي	مارس ١٩٨١
٤٠ـ الرواية الروسية في القرن التاسع عشر	تأليف : د/ مكارم الغمري	أبريل ١٩٨١
٤١ـ الشعر في السودان	تأليف : د/ عبده بدوي	مايو ١٩٨١
٤٢ـ دور المشروعات العامة في التنمية الاقتصادية	تأليف : د/ علي خليفة الكواري	يونيو ١٩٨١
٤٣ـ الإسلام في الصين	تأليف : فهمي هويدي	يوليو ١٩٨١
٤٤ـ اتجاهات نظرية في علم الاجتماع	تأليف : د/ عبدالباسط عبدالمعطي	أغسطس ١٩٨١

٤٥ـ حكايات الشطار والعيارين في التراث العربي	تأليف : د/ محمد رجب النجار	سبتمبر ١٩٨١
٤٦ـ دعوة إلى الموسيقا	تأليف : د/ يوسف السيسي	أكتوبر ١٩٨١
٤٧ـ فكرة القانون	ترجمة : سليم الصويص مراجعة : سليم بسيسو	نوفمبر ١٩٨١
٤٨ـ التنبؤ العلمي ومستقبل الإنسان	تأليف : د/ عبدالمحسن صالح	ديسمبر ١٩٨١
٤٩ـ صراع القوى العظمى حول القرن الأفريقي	تأليف : صلاح الدين حافظ	يناير ١٩٨٢
٥٠ـ التكنولوجيا الحديثة والتنمية الزراعية	تأليف : د/ محمد عبدالسلام	فبراير ١٩٨٢
٥١ـ السينما في الوطن العربي	تأليف : جان ألكسان	مارس ١٩٨٢
٥٢ـ النفط والعلاقات الدولية	تأليف : د/ محمد الرميحي	أبريل ١٩٨٢
٥٣ـ البدائية	ترجمة : د/ محمد عصفور	مايو ١٩٨٢
٥٤ـ الحشرات الناقلة للأمراض	تأليف : د/ جليل أبو الحب	يونيو ١٩٨٢
٥٥ـ العالم بعد مائتي عام	ترجمة : شوقي جلال	يوليو ١٩٨٢
٥٦ـ الإدمان	تأليف : د/ عادل الدمرداش	أغسطس ١٩٨٢
٥٧ـ البيروقراطية النفطية ومعضلة التنمية	تأليف : د/ أسامة عبدالرحمن	سبتمبر ١٩٨٢
٥٨ـ الوجودية	ترجمة : د/ إمام عبدالفتاح	أكتوبر ١٩٨٢
٥٩ـ العرب أمام تحديات التكنولوجيا	تأليف : د/ انطونيوس كرم	نوفمبر ١٩٨٢
٦٠ـ الأيديولوجية الصهيونية (الجزء الأول)	تأليف : د/ عبدالوهاب المسيري	ديسمبر ١٩٨٢
٦١ـ الأيديولوجية الصهيونية (الجزء الثاني)	تأليف : د/ عبدالوهاب المسيري	يناير ١٩٨٣
٦٢ـ حكمة الغرب	ترجمة : د/ فؤاد زكريا	فبراير ١٩٨٣
٦٣ـ الإسلام والاقتصاد	تأليف : د/ عبدالهادي علي النجار	مارس ١٩٨٣
٦٤ـ صناعة الجوع (خرافة الندرة)	ترجمة : أحمد حسان عبدالواحد	إبريل ١٩٨٣
٦٥ـ مدخل إلى تاريخ الموسيقا المغربية	تأليف : عبدالعزيز بن عبد الجليل	مايو ١٩٨٣
٦٦ـ الإسلام والشعر	تأليف : د/ سامي مكي العاني	يونيو ١٩٨٣
٦٧ـ بنو الإنسان	ترجمة : زهير الكرمي	يوليو ١٩٨٣
٦٨ـ الثقافة الألبانية في الأبجدية العربية	تأليف : د/ محمد موفاكو	أغسطس ١٩٨٣
٦٩ـ ظاهرة العلم الحديث	تأليف : د/ عبدالله العمر	سبتمبر ١٩٨٣
٧٠ـ نظريات التعلم (دراسة مقارنة) القسم الأول	ترجمة : د/ علي حسين حجاج مراجعة : د/ عطيه محمود هنا	أكتوبر ١٩٨٣
٧١ـ الاستيطان الأجنبي في الوطن العربي	تأليف : د/ عبدالمالك خلف التميمي	نوفمبر ١٩٨٣
٧٢ـ حكمة الغرب (الجزء الثاني)	ترجمة : د/ فؤاد زكريا	ديسمبر ١٩٨٣

٧٣ـ التخطيط للتقدم الاقتصادي والاجتماعي	تأليف : د/ مجيد مسعود	يناير ١٩٨٤
٧٤ـ مشاريع الاستيطان اليهودي	تأليف : أمين عبدالله محمود	فبراير ١٩٨٤
٧٥ـ التصوير والحياة	تأليف : د/ محمد نبهان سويلم	مارس ١٩٨٤
٧٦ـ الموت في الفكر الغربي	ترجمة : كامل يوسف حسين	أبريل ١٩٨٤
	مراجعة : د/ إمام عبدالفتاح	
٧٧ـ الشعر الإغريقي تراثا إنسانيا وعالميا	تأليف : د/ أحمد عثمان	مايو ١٩٨٤
٧٨ـ قضاياالتبعية الإعلامية والثقافية	تأليف : د/ عواطف عبدالرحمن	يونيو ١٩٨٤
٧٩ـ مفاهيم قرآنية	تأليف : د/ محمد أحمد خلف الله	يوليو ١٩٨٤
٨٠ـ الزواج عند العرب (في الجاهلية والإسلام)	تأليف : د/ عبدالسلام الترمانيني	أغسطس ١٩٨٤
٨١ ـ الأدب اليوغسلافي المعاصر	تأليف : د/ جمال الدين سيد محمد	سبتمبر ١٩٨٤
٨٢ ـ تشكيل العقل الحديث	ترجمة : شوقي جلال	أكتوبر ١٩٨٤
	مراجعة : صدقي حطاب	
٨٣ ـ البيولوجيا ومصير الإنسان	تأليف : د/ سعيد الحفار	نوفمبر ١٩٨٤
٨٤ ـ المشكلة السكانية وخرافة المالتوسية	تأليف : د/ رمزي زكي	ديسمبر ١٩٨٤
٨٥ ـ دول مجلس التعاون الخليجي ومستويات العمل الدولية	تأليف : د/ بدرية العوضي	يناير ١٩٨٥
٨٦ ـ الإنسان وعلم النفس	تأليف : د/ عبدالستار إبراهيم	فبراير ١٩٨٥
٨٧ ـ في تراثنا العربي الإسلامي	تأليف : د/ توفيق الطويل	مارس ١٩٨٥
٨٨ ـ الميكروبات والإنسان	ترجمة : د/ عزت شعلان	أبريل ١٩٨٥
	مراجعة : د/ عبدالرزاق العدواني، د/ سمير رضوان	
٨٩ ـ الإسلام وحقوق الإنسان	تأليف : د/ محمد عماره	مايو ١٩٨٥
٩٠ ـ الغرب والعالم (القسم الأول)	تأليف : كافين رايلي	يونيو ١٩٨٥
	ترجمة : د/ عبدالوهاب المسيري، د/ هدى حجازي	
	مراجعة : د/ فؤاد زكريا	
٩١ ـ تربية اليسر وتخلف التنمية	تأليف : د/ عبدالعزيز الجلال	يوليو ١٩٨٥
٩٢ ـ عقول المستقبل	ترجمة : د/ لطفي فطيم	أغسطس ١٩٨٥
٩٣ ـ لغة الكيمياء عند الكائنات الحية	تأليف : د/ أحمد مدحت إسلام	سبتمبر ١٩٨٥
٩٤ ـ النظام الإعلامي الجديد	تأليف : د/ مصطفى المصمودي	أكتوبر ١٩٨٥

٩٥ ـ تغيّر العالم	تأليف : د/ أنور عبدالملك	نوفمبر ١٩٨٥
٩٦ ـ الصهيونية غير اليهودية	تأليف : ريجينا الشريف ترجمة : أحمد عبدالله عبدالعزيز	ديسمبر ١٩٨٥
٩٧ ـ الغرب والعالم (القسم الثاني)	تأليف : كافين رايلي ترجمة : د/ عبدالوهاب المسيري د/ هدى حجازي مراجعة : د/ فؤاد زكريا	يناير ١٩٨٦
٩٨ ـ قصة الأنثروبولوجيا	تأليف : د/ حسين فهيم	فبراير١٩٨٦
٩٩ ـ الأطفال مرآة المجتمع	تأليف : د/ محمد عماد الدين إسماعيل	مارس ١٩٨٦
١٠٠ ـ الوراثة والإنسان	تأليف : د/ محمد علي الربيعي	أبريل ١٩٨٦
١٠١ ـ الأدب في البرازيل	تأليف : د/ شاكر مصطفى	مايو ١٩٨٦
١٠٢ ـ الشخصية اليهودية الإسرائيلية والروح العدوانية	تأليف : د/ رشاد الشامي	يونيو ١٩٨٦
١٠٣ ـ التنمية في دول مجلس التعاون	تأليف د/ محمد توفيق صادق	يوليو ١٩٨٦
١٠٤ ـ العالم الثالث وتحديات البقاء	تأليف جاك لوب ترجمة : أحمد فؤاد بلبع	أغسطس ١٩٨٦
١٠٥ ـ المسرح والتغير الاجتماعي في الخليج العربي	تأليف : د/ إبراهيم عبد الله غلوم	سبتمبر ١٩٨٦
١٠٦ ـ «المتلاعبون بالعقول»	تأليف : هربرت . أ . شيللر ترجمة : عبدالسلام رضوان	أكتوبر ١٩٨٦
١٠٧ ـ الشركات عابرة القومية	تأليف : د/ محمد السيد سعيد	نوفمبر ١٩٨٦
١٠٨ ـ نظريات التعلم (دراسة مقارنة) (الجزء الثاني)	ترجمة : د/ علي حسين حجاج مراجعة : د/ عطية محمود هنا	ديسمبر ١٩٨٦
١٠٩ ـ العملية الإبداعية في فن التصوير	تأليف . د/ شاكر عبدالحميد	يناير ١٩٨٧
١١٠ ـ مفاهيم نقدية	ترجمة : د/ محمد عصفور	فبراير ١٩٨٧
١١١ ـ قلق الموت	تأليف : د/ أحمد محمد عبدالخالق	مارس ١٩٨٧
١١٢ ـ العلم والمشتغلون بالبحث العلمي في المجتمع الحديث	تأليف : د/ جون . ب . ديكنسون ترجمة : شعبة الترجمة باليونسكو	أبريل ١٩٨٧
١١٣ ـ الفكر التربوي العربي الحديث	تأليف : د/ سعيد إسماعيل علي	مايو ١٩٨٧
١١٤ ـ الرياضيات في حياتنا	ترجمة : د/ فاطمة عبدالقادر الما	يونيو ١٩٨٧

١١٥ ـ معالم على طريق تحديث الفكر العربي	تأليف : د/ معن زيادة	يوليو ١٩٨٧
١١٦ ـ أدب أميركا اللاتينية قضايا ومشكلات (القسم الأول)	تنسيق وتقديم : سيزار فرناندث مورينو ترجمة : أحمد حسان عبدالواحد مراجعة : د/ شاكر مصطفى	أغسطس ١٩٨٧
١١٧ ـ الأحزاب السياسية في العالم الثالث	تأليف : د/ أسامة الغزالي حرب	سبتمبر ١٩٨٧
١١٨ ـ التاريخ النقدي للتخلف	تأليف : د/ رمزي زكي	أكتوبر ١٩٨٧
١١٩ ـ قصيدة وصورة	تأليف : د/ عبدالغفار مكاوي	نوفمبر ١٩٨٧
١٢٠ ـ سيكولوجية اللعب	تأليف : د/ سوزانا ميلر ترجمة : د/ حسن عيسى مراجعة : د/ محمد عماد الدين إسماعيل	ديسمبر ١٩٨٧
١٢١ ـ الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم	تأليف : د/ رياض رمضان العلمي	يناير ١٩٨٨
١٢٢ ـ أدب أميركا اللاتينية (القسم الثاني)	تنسيق وتقديم : سيزار فرناندث مورينو ترجمة . أحمد حسان عبدالواحد مراجعة : د/ شاكر مصطفى	فبراير ١٩٨٨
١٢٣ ـ ثقافة الأطفال	تأليف : د/ هادي نعمان الهيتي	مارس ١٩٨٨
١٢٤ ـ مرض القلق	تأليف : د/ دافيد . ف . شيهان ترجمة : د/ عزت شعلان مراجعة : د/ أحمد عبدالعزيز سلامة	أبريل ١٩٨٨
١٢٥ ـ طبيعة الحياة	تأليف : فرانسيس كريك ترجمة : د/ أحمد مستجير مراجعة : د/ عبد الحافظ حلمي	مايو ١٩٨٨
١٢٦ ـ اللغات الأجنبية (تعليمها وتعلمها)	تأليف : د/ نايف خرما د/ علي حجاج	يونيو ١٩٨٨
١٢٧ ـ اقتصاديات الإسكان	تأليف : د/ إسماعيل إبراهيم درة	يوليو ١٩٨٨
١٢٨ ـ المدينة الإسلامية	تأليف : د/ محمد عبدالستار عثمان	أغسطس ١٩٨٨
١٢٩ ـ الموسيقا الأندلسية المغربية	تأليف : عبدالعزيز بن عبدالجليل	سبتمبر ١٩٨٨
١٣٠ ـ التنبؤ الوراثي	تأليف : د/ زولت هارسيناي ريتشارد هتون ترجمة : د/ مصطفى إبراهيم فهمي مراجعة : د/ مختار الظواهري	أكتوبر ١٩٨٨

١٣١ ـ مقدمة لتاريخ الفكر العلمي في الاسلام	تأليف : د/ أحمد سليم سعيدان	نوفمبر ١٩٨٨
١٣٢ ـ أوروبا والتخلف في أفريقيا	تأليف : د/ والتر رودني	ديسمبر ١٩٨٨
	ترجمة : د/ أحمد القصير	
	مراجعة : د/ إبراهيم عثمان	
١٣٣ ـ العالم المعاصر والصراعات الدولية	تأليف : د/ عبدالخالق عبدالله	يناير ١٩٨٩
١٣٤ ـ العلم في منظوره الجديد	تأليف : روبرت م . اغروس / جورج ن . ستانسيو	فبراير ١٩٨٩
	ترجمة : د/ كمال خلايلي	
١٣٥ ـ العرب واليونسكو	تأليف : د/ حسن نافعة	مارس ١٩٨٩
١٣٦ ـ اليابانيون	تأليف : إدوين رايشاور	أبريل ١٩٨٩
	ترجمة : ليلى الجبالي	
	مراجعة : شوقي جلال	
١٣٧ ـ الاتجاهات التعصبية	تأليف : د/ معتز سيد عبدالله	مايو ١٩٨٩
١٣٨ ـ أدب الرحلات	تأليف : د/ حسين فهيم	يونيو ١٩٨٩
١٣٩ ـ المسلمون والاستعمار الاوروبي لأفريقيا	تأليف : عبدالله عبدالرزاق ابراهيم	يوليو ١٩٨٩
١٤٠ ـ الانسان بين الجوهر والمظهر (نتملك أو نكون)	تأليف : إريك فروم	أغسطس ١٩٨٩
	ترجمة : سعد زهران	
	مراجعة : د/ لطفي فطيم	
١٤١ ـ الأدب اللاتيني (ودوره الحضاري)	تأليف : د/ أحمد عتمان	سبتمبر ١٩٨٩
١٤٢ ـ مستقبلنا المشترك	إعداد : اللجنة العالمية للبيئة والتنمية	أكتوبر ١٩٨٩
	ترجمة : محمد كامل عارف	
	مراجعة : علي حسين حجاج	
١٤٣ ـ الريف في الرواية العربية	تأليف : د/ محمد حسن عبدالله	نوفمبر ١٩٨٩
١٤٤ ـ الإبداع العام والخاص	تأليف : الكسندرو روشكا	ديسمبر ١٩٨٩
	ترجمة : د/ غسان عبدالحي أبو فخر	
١٤٥ ـ سيكولوجية اللغة والمرض العقلي	تأليف : د/ جمعة سيد يوسف	يناير ١٩٩٠
١٤٦ ـ حياة الوعي الفني (دراسات في تاريخ الصورة الفنية)	تأليف : غيورغي غانشف	فبراير ١٩٩٠
	ترجمة : د/ نوفل نيوف	
	مراجعة : د/ سعد مصلوح	
١٤٧ ـ الرأسمالية تجدد نفسها	تأليف : د/ فؤاد مُرسي	مارس ١٩٩٠

١٤٨ ـ علم الأحياء والأيديولوجيا والطبيعة البشرية	تأليف : ستيفن روز وآخرين ترجمة : د/ مصطفى إبراهيم فهمي مراجعة : د/ محمد عصفور	أبريل ١٩٩٠
١٤٩ ـ ماهية الحروب الصليبية	تأليف : د/ قاسم عبده قاسم	مايو ١٩٩٠
١٥٠ ـ حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي «الجوانب البيئية والتكنولوجية والسياسية»	(برنامج الأمم المتحدة للبيئة) ترجمة : عبد السلام رضوان	يونيو ١٩٩٠
١٥١ ـ تجارة المحيط الهندي في عصر السيادة الإسلامية	تأليف : د/ شوقي عبد القوي عثمان	يوليو ١٩٨٩
١٥٢ ـ التلوث مشكلة العصر	تأليف : د/ أحمد مدحت إسلام	أغسطس ١٩٩٠

(ظهر هذا العدد في أغسطس ١٩٩٠، وانقطعت السلسلة بسبب العدوان الغاشم، ثم استؤنفت في شهر سبتمبر ١٩٩١ بالعدد ١٥٣)

١٥٣ ـ الكويت والتنمية الثقافية العربية	تأليف : د/ محمد حسن عبدالله	سبتمبر ١٩٩١
١٥٤ ـ النقطة المتحولة : أربعون عاما في استكشاف المسرح	تأليف : بيتر بروك ترجمة : فاروق عبدالقادر	أكتوبر ١٩٩١
١٥٥ ـ مؤثرات عربية وإسلامية في الادب الروسي	تأليف : د/ مكارم الغمري	نوفمبر ١٩٩١
١٥٦ ـ الفصامي : كيف نفهمه ونساعده، دليل للأسرة والأصدقاء	تأليف : سيلفانو آرتي ترجمة : د/ عاطف أحمد	ديسمبر ١٩٩١
١٥٧ ـ الاستشراق في الفن الرومانسي الفرنسي	تأليف : د/ زينات البيطار	يناير ١٩٩٢
١٥٨ ـ مستقبل النظام العربي بعد ازمة الخليج	تأليف : د/ محمد السيد سعيد	فبراير١٩٩٢
١٥٩ ـ فكرة الزمان عبر التاريخ	ترجمة : فؤاد كامل عبدالعزيز مراجعة : شوقي جلال	مارس ١٩٩٢
١٦٠ ـ ارتقاء القيم (دراسة نفسية)	تأليف : د/ عبداللطيف محمد خليفة	أبريل ١٩٩٢
١٦١ ـ أمراض الفقر (المشكلات الصحية في العالم الثالث)	تأليف : د/ فيليب عطية	مايو ١٩٩٢
١٦٢ ـ القومية في موسيقا القرن العشرين	تأليف : د/ سمحة الخولي	يونيو ١٩٩٢
١٦٣ ـ أسرار النوم	تأليف : الكسندر بوربلي ترجمة : د/ أحمد عبدالعزيز سلامة	يوليو ١٩٩٢
١٦٤ ـ بلاغة الخطاب وعلم النص	تأليف : د/ صلاح فضل	أغسطس ١٩٩٢
١٦٥ ـ الفلسفة المعاصرة في أوربا	تأليف : إ.م. بوشنسكي ترجمة : د/ عزت قرني	سبتمبر ١٩٩٢

١٦٦ـ الأمومة : نمو العلاقات بين الطفل والأم	تأليف : د/ فايز قنطار	أكتوبر ١٩٩٢
١٦٧ـ تاريخ الدراسات العربية في فرنسا	تأليف د/ محمود المقداد	نوفمبر ١٩٩٢
١٦٨ ـ بنية الثورات العلمية	تأليف : توماس كون ترجمة : شوقي جلال	ديسمبر ١٩٩٢
١٦٩ ـ تاريخ الكتاب (القسم الاول)	تأليف : د/ الكسندر ستيبشفيتش ترجمة : د/ محمد م. الأرناؤوط	يناير ١٩٩٣
١٧٠ ـ تاريخ الكتاب (القسم الثاني)	تأليف : د/ الكسندر ستيبشفيتش ترجمة : د/ محمد م. الأرناؤوط	فبراير ١٩٩٣
١٧١ ـ الأدب الأفريقي	تأليف : د/ علي شلش	مارس ١٩٩٣
١٧٢ ـ الذكاء الاصطناعي واقعه ومستقبله	تأليف : آلان بونيه ترجمة : د/ علي صبري فرغلي	أبريل ١٩٩٣
١٧٣ ـ المعتقدات الدينية لدى الشعوب	أشرف على التحرير جفري بارندر ترجمة : د/ إمام عبدالفتاح إمام مراجعة : د/ عبدالغفار مكاوي	مايو ١٩٩٣
١٧٤ ـ الهندسة الوراثية والأخلاق	تأليف : ناهدة البقصمي	يونيو ١٩٩٣
١٧٥ ـ سيكولوجية السعادة	تأليف : مايكل أرجايل ترجمة : د/ فيصل عبدالقادر يونس مراجعة : شوقي جلال	يوليو ١٩٩٣
١٧٦ ـ العبقرية والإبداع والقيادة	تأليف : دين كيث سايمنتن ترجمة : د/ شاكر عبدالحميد مراجعة : د/ محمد عصفور	أغسطس ١٩٩٣
١٧٧ ـ المذاهب الأدبية والنقدية عند العرب والغربيين	تأليف : د/ شكري محمد عياد	سبتمبر ١٩٩٣
١٧٨ ـ الكون	تأليف : د/ كارل ساغان ترجمة : نافع أيوب لبّس مراجعة : محمد كامل عارف	أكتوبر ١٩٩٣
١٧٩ ـ الصداقة (من منظور علم النفس)	تأليف : د/ أسامة سعد أبو سريع	نوفمبر ١٩٩٣

سلسلة عالم المعرفة

عالم المعرفة سلسلة كتب ثقافية تصدر في مطلع كل شهر ميلادي عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ دولة الكويت ـ وقد صدر العدد الأول منها في شهر يناير عام ١٩٧٨ .

تهدف هذه السلسلة إلى تزويد القارىء بمادة جيدة من الثقافة تغطي جميع فروع المعرفة، وكذلك ربطه بأحدث التيارات الفكرية والثقافية المعاصرة . ومن الموضوعات التي تعالجها تأليفاً وترجمة :

١ ـ الدراسات الإنسانية : تاريخ ـ فلسفة ـ أدب الرحلات ـ الدراسات الحضارية ـ تاريخ الافكار.

٢ ـ العلوم الاجتماعية : اجتماع ـ اقتصاد ـ سياسة ـ علم نفس ـ جغرافيا ـ تخطيط ـ دراسات استراتيجية ـ مستقبليات .

٣ ـ الدراسات الأدبية واللغوية : الأدب العربي ـ الآداب العالمية ـ علم اللغة .

٤ ـ الدراسات الفنية : علم الجمال وفلسفة الفن ـ المسرح ـ الموسيقا ـ الفنون التشكيلية والفنون الشعبية .

٥ ـ الدراسات العلمية : تاريخ العلم وفلسفته ، تبسيط العلوم الطبيعية (فيزياء، كيمياء، علم الحياة، فلك) ـ الرياضيات التطبيقية (مع الاهتمام بالجوانب الإنسانية لهذه العلوم) والدراسات التكنولوجية . أما بالنسبة لنشر الأعمال الإبداعية ـ المترجمة أو المؤلفة ـ من شعر وقصة ومسرحية فأمر غير وارد في الوقت الحالي .

وتحرص سلسلة عالم المعرفة على ان تكون الأعمال المترجمة حديثة النشر.

وترحب السلسلة باقتراحات التأليف والترجمة المقدمة من المتخصصين، على أن تكون مصحوبة بنبذة وافية عن الكتاب وموضوعاته وأهميته ومدى جدته، وفي حالة الترجمة ترسل صفحة الغلاف والمحتويات، كما ترفق مذكرة بالفكرة العامة للكتاب. وفي جميع الحالات ينبغي إرفاق سيرة ذاتية لمقترح الكتاب تتضمن البيانات الرئيسية عن نشاطه العلمي السابق.

وفي حال الموافقة والتعاقد على الموضوع / المؤلف أو المترجم ـ تصرف مكافأة للمؤلف مقدارها ألف دينار كويتي، وللمترجم مكافأة بمعدل خمسة عشر فلسا عن الكلمة الواحدة في النص الأجنبي أو تسعمائة دينار أيهما أكثر بالإضافة إلى مائة وخمسين دينارا كويتياً مقابل تقديم المخطوطة ـ المؤلفة و المترجمة ـ من نسختين مطبوعتين على الآلة الكاتبة.

الاشتراك السنوي : وهو مقصور على الفئات التالية :

● المؤسسات والهيئات داخل الكويت	١٠	دنانير كويتية
● المؤسسات والهيئات في الوطن العربي	١٢	ديناراً كويتيا
● المؤسسات والهيئات خارج الوطن العربي	٨٠	دولارا أمريكيا
● الأفراد خارج الوطن العربي	٤٠	دولارا أميركيا

الاشتراكات :

ترسل باسم الأمين العام للمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

ص . ب : ٢٣٩٩٦ الصفاة/ الكويت ـ 13100

برقيا : ثقف ـ تلكس : ٤٤٥٥٤ TLX. NO. 44554 NCCAL

فاكسميلي : ٤٨٧٣٦٩٤

طبع من هذا الكتاب أربعون ألف نسخة

مطابع السياسة ـ الكويت

هــذا الكتاب

«إن هدفنـا الرئيسي من هذا الكتـاب أن نقدم للقارىء العربي ونعـرض له صــورة من صـور التقــدم المعــاصر في دراسـة مشكــلات الطفل وعــلاج اضطراباته».

بهذه العبارة يستهل المؤلفـون مقدمتهم لهذا الكتاب الذي يتكـون من عدد متنـوع من الفصول والملاحق عـن دور ما يسميـه المؤلفـون «العلاج السلـوكي متعدد المحاور».

ثلاثـة من خبراء الصحة النفسية والعـلاج السلوكي يجمعهم اهتمام مشترك بالاتجاه السلـوكي في العلاج النفسي يقـدمون لنـا ـ من خــلال خلفيــاتهم الأكاديمية وخبراتهم العملية في الممارسة العلاجية في العالم العربي ـ بلورة نظرية وعمليـة عن دور هـذا الاتجاه في علاج عـدد متنـوع من اضطـرابات الأطفـال ومشكلاتهم السلـوكية بما فيها القلـق، والمخاوف المرضية والاكتئـاب، والميول الانتحـارية، والتخـريب، وإيقـاع الأذى بالنفس، والعـدوان. . إلخ. كل ذلك من خـلال العـرض الـواعي لعــدد متنـوع من الأسـاليب السلـوكيـة، والحالات الفـردية المدروسـة التي راعى المؤلفـون في تقـديمها أن تحقـق توازنـا مطلوبا بين النظرية والحلول العملية. ومن ثم فإن القارىء ـ أي قارىء ـ يهمه الاطلاع على أنواع مشكلات الطفل، وكيف تكونت؟ وماذا نستطيع أن نفعل حيالها خطوة خطـوة؟، سيجد في هذا الكتاب ملتقى للعديـد من الإجابات.

سعر النسخة

الكويت	:	٧٥٠ فلسا	ليبيا	:	دينار واحد	اليمن	:	٨٠٠ فلس
السعودية	:	١٢ ريالا	المغرب	:	١٥ درهما	السودان	:	١٠ جنيهات
الأردن	:	دينار واحد	تونس	:	دينار ونصف	البحرين	:	دينار واحد
سوريا	:	٥٠ ليرة	الجزائر	:	٢٠ دينارا	قطر	:	١٠ ريالات
لبنان	:	٢٠٠٠ ليرة	مصر	:	جنيهان	عمان	:	ريال واحد
						الإمارات المتحدة	:	١٠ دراهم